

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Memoria del Seminario de Graduación**

**Aproximaciones a los procesos psicosociales que participan en la  
configuración de los estilos de vida saludables, desde una perspectiva de  
casos**

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar  
por el grado de Licenciatura en Psicología

**Directora: M.Sc. Teresita Campos Vargas**

**Angie Bolaños Chaves**

**Karina León Ávila**

**Sonia Chinchilla Chacón**

**Natalia Rivera Avendaño**

**Heilen Tucker Johnson**

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

Noviembre, 2007

APROXIMACIONES A LOS PROCESOS PSICOSOCIALES QUE PARTICIPAN EN LA  
CONFIGURACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DESDE UNA  
PERSPECTIVA DE CASOS

ANGIE BOLAÑOS CHAVES

KARINA LEÓN ÁVILA

SONIA CHINCHILLA CHACÓN

NATALIA RIVERA AVENDAÑO

HEILEN TUCKER JOHNSON

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la

Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

Miembros del tribunal examinador

.....  
Licda. Diana Vargas Benavides  
Decano de la Facultad de Ciencias Sociales. Representante

.....  
Directora de la Escuela de Psicología  
M.Ps. Mayela Rodríguez Escalante

.....  
Directora de Seminario  
M.Sc. Teresita Campos Vargas

.....  
M.Sc. Nidra Rosabal Vitoria  
Lectora

.....  
M.Sc. Delia Villalobos Álvarez  
Lectora

.....  
Angie Bolaños Chaves  
Sustentante

.....  
Karina León Ávila  
Sustentante

.....  
Sonia Chinchilla Chacón  
Sustentante

.....  
Natalia Rivera Avendaño  
Sustentante

.....  
Heilen Tucker Johnson  
Sustentante

Trabajo final de graduación sometido a consideración del tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional.  
Heredia, Costa Rica

## Resumen

Este seminario tuvo como objetivo principal analizar el papel que juegan los procesos psicosociales en la configuración de los estilos de vida saludables, desde una perspectiva de casos, identificando los procesos y transformaciones socio-históricas, que intervienen en la configuración de los estilos de vida y las prácticas que se manifiestan respecto a la salud, así como el impacto que en ellos podrían tener las acciones de distintos profesionales y proyectos en el campo de la salud.

A través del análisis hermenéutico-dialéctico, como enfoque metodológico se buscó comprender la realidad como un proceso, con un concepto holista del ser humano, considerando determinantes de la salud desde el nivel individual, del micromedio y el nivel macrosocial como un todo que participa en esa configuración. Se trató de reconocer la relación existente entre lo subjetivo y el contexto sociocultural, como punto de referencia para la interpretación tanto de los casos analizados como de las perspectivas de profesionales y proyectos del área de la salud investigados.

El aporte del seminario se sintetiza en el abordaje del problema identificado a través de un proceso de comprobación entre el discurso de los (as) participantes y las posturas teóricas utilizadas para la investigación, apelando a la transdisciplinariedad para intentar clarificar el fenómeno investigado, con lineamientos de la psicología de la salud como campo de acción de la psicología, respecto al estilo de vida y bajo una perspectiva de análisis histórico - cultural, siguiendo los objetivos planteados.

La síntesis interpretativa de esta investigación cualitativa, permitió acercarse a las vivencias y experiencias de los casos, desde una visión holística, por lo que los resultados y las conclusiones evidenciaron que la comprensión de una persona no está aislada, sino en interrelación con su realidad circundante e histórica-social y que, resulta necesario trascender al estudio holístico del estilo de vida para llegar a resultados valiosos donde la dialéctica entre individuo y ambiente se conviertan en el instrumento de la persona para elaborar una conciencia individual y subjetiva que le permita disponer de lo que quiere para sí misma y lo que considera provechoso para su vida. Prácticas, factores motivacionales e incluso los mismos constructos de “salud” y de “estilo de vida saludable” analizados, resultaron claramente permeados por la realidad socio-histórica de los involucrados; lo cual subraya la imposibilidad de homogenizar los componentes de “un estilo de vida saludable” y empuja más bien a “pluralizar” el concepto en correspondencia con un sin fin de condicionantes que participan en la definición de la intención-significado y sentido de los estilos de vida y su posible caracterización de “saludables”.

## **Agradecimiento**

Durante un proceso tan gratificante como lo ha sido este trabajo investigativo, al permitirnos atesorar conocimientos, experiencias y aprendizajes que fortalecen nuestro acontecer personal y profesional, es imprescindible reiterarles nuestro especial agradecimiento a aquellos que por su apoyo y motivación permearon nuestro entusiasmo y esfuerzo, para mantener una actitud perseverante alcanzando nuestra meta: como Licenciadas en Psicología.

Es por eso, que agradecemos a nuestro Padre Celestial al ser inspiración de cada día para iniciar y concluir satisfactoriamente proyectos que por su gracia son el reflejo de nuestro empeño y constancia fortalecidos durante nuestra preparación.

A nuestras incomparables familias que han sido el referente de principios y actitudes de amor, respeto y tolerancia que enriquecen nuestra vida, permitiéndonos liderar ante grandes retos de los cuales hoy disfrutamos de sus frutos.

A nuestra Directora de Seminario, que ha motivado en nosotras el “Hacer” con excelencia y pasión, nuestra labor como profesionales generando a la vez una actitud de compromiso y responsabilidad, transmitiendo el incomparable principio de la fidelidad.

A los y las participantes de esta investigación, porque nos permitieron acercarnos a sus historias de manera humilde como profesionales, reconociendo el valor de la solidaridad y compromiso que fue tiñendo este invaluable proceso.

A las lectoras, que ante sus indiscutibles aportes fueron enriqueciendo nuestro trabajo para enamorarnos cada vez más de nuestra investigación.

A ustedes amigos que han sido el reflejo de la lealtad y sinceridad al acompañarnos de manera transparente, haciendo visible su actitud de servicio ante el logro de nuestras visiones, que hoy se hacen posibles.

Sinceramente a ustedes,

Muchas Gracias.

## **Dedicatoria**

Mientras los ríos corran al mar, hagan sombra a los valles los montes y haya estrellas en el cielo, quiero dedicarle este triunfo a Dios y a todos aquellos que han sido parte de este proceso, especialmente a mis padres y mi hermana quienes son parte esencial de mi vida...Gracias por estar a mi lado!!!

**Angie Bolaños**

A mis seres más queridos que me han regalado su tiempo en el desarrollo, conocimiento y desempeño en esta “aventura” de la vida. A ti mami, por ser el ejemplo más claro de perseverancia, fuerza y dedicación tras la búsqueda del propio bienestar; a ti papi, por la oportunidad que me has dado de enfrentarme a mis propios temores y así redescubrirme como persona; a ti, amado esposo, por haber decidido compartir tu vida junto a mí; a mis hermanos, por ser parte de mi vida; a tío Padre, por la apertura y el reconocimiento de mi amor; a los gordos, por estar ahí incondicionalmente, y principalmente a Dios, que por él estoy aquí.

**Sonia Chinchilla**

A mis compañeras, que a lo largo de este tiempo juntas cumplimos uno de nuestros sueños...somos psicólogas. No resultó fácil pero puedo decir que lo disfruté y agradezco haber contado con su compañía. Y al DESCUBRIMIENTO: de que las más nobles palabras en cualquier literatura, son consuelo y sabiduría. A mi partner Hugo y mi familia por apoyarme y ayudarme a interiorizar que una investigación es una peregrinación, pero que así, se llega a los pies y la comprensión de Dios y de su paz. Y se lo ofrezco a Dios que es el primero, el que estuvo y está y el que a fin de cuentas hizo todo el trabajo.

**Karina León**

Primero a Dios por darme la vida, mi familia y a mi gran amor: Jimena. A mi papá por sus enseñanzas, comprensión y amor. A mi mamá por su apoyo todos estos años, por su infinito amor, comprensión y por ayudarme a que este momento llegara, gracias mami. A mi esposo y mi hija, ya que son el motor de mi vida a quienes amo y protegeré siempre. A mi hermana Tatiana amiga fiel y sincera. A la vida... Por todas las cosas maravillosas que me ha dado...

**Natalia Rivera**

Con todo mi amor dedico este trabajo al Dios Todopoderoso, siendo mi mayor principio para alcanzar y conquistar mis sueños. A mi madre y padre, porque me prepararon el camino con su Amor, consejos, dedicación, y sacrificio para atesorar promesas y méritos en mi vida. Con inmenso amor a mi abuela, tía e hijos, por sus grandes e incomparables detalles. A mi tío, por facilitarnos el recorrido en momentos significativos. A mi hermano, porque deja huella en mi vida con sus palabras, abrazos y oraciones, que me hacen crecer en sabiduría y lealtad fortaleciendo el significado de la hermandad...

**Heilen Tucker**

## INDICE DE CONTENIDOS

Contenidos	Página
Descriptores .....	xi
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EI PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA .....</b>	<b>19</b>
1.1 Antecedentes .....	19
1.2 Justificación .....	27
1.3 Planteamiento del problema .....	31
1.4 Objetivo general .....	33
1.5 Objetivos específicos .....	33
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO .....</b>	<b>34</b>
2.1 Aspectos generales del capítulo: líneas conceptuales que orientan el estudio .....	34
2.2 Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida .....	42
2.2.1 Apreciaciones generales sobre la relación entre lo subjetivo y lo sociocultural .....	42
2.2.2 Fundamentos motivacionales .....	45
2.3 Configuración de los estilos de vida saludables .....	49
2.3.1 ... Sobre el constructo salud .....	49
2.3.2 Estilos de vida y calidad de vida .....	54
2.3.3 Aportes epidemiológicos a la configuración de los estilos de vida saludables .....	60
2.3.4. Categorización de prácticas en salud como parte de un estilo de vida .....	62
2.4 Promoción de estilos de vida saludables .....	69
2.4.1 Promoción de la salud. Las Escuelas Promotoras y los Modelos Salutogénicos de Salud .....	70
2.4.2 Tendencias conceptuales que sustentan los actuales Modelos de Promoción de Estilos de Vida Saludables .....	73
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>77</b>
3.1 Introducción al capítulo .....	77
3.2 Tipo de investigación .....	78
3.3 Descripción del enfoque metodológico .....	79
3.4 Criterios de selección de los participantes y otras consideraciones ...	81
3.4.1 ... sobre los participantes .....	82
3.4.2 Constitutivos claves de información como elementos complementarios para el análisis... ..	83
3.5 Definición conceptual de las categorías de análisis .....	85
3.6 Estrategias metodológicas generales del proceso .....	87
3.6.1 Detalles del proceso investigativo .....	89
3.6.2 Estrategias para el análisis e interpretación de la información ..	98
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS .....</b>	<b>101</b>
4.1 Análisis de los casos en relación con las categorías de análisis propuestas para la investigación .....	102

## Contenidos

	Página
4.2 Sobre la diversidad de estilos de vida saludables .....	161
4.3 Perspectiva psicosocial de los casos estudiados de acuerdo con las categorías de análisis definidas .....	163
4.3.1 Sobre los procesos psicosociales implicados .....	163
4.3.2 Sobre la configuración de los estilos de vida de los casos .....	166
4.3.3 Cómo dentro de un contexto sociocultural coexisten los distintos estilos de vida .....	168
4.3.4 Aspectos relacionados con la promoción de la salud .....	170
4.4 Análisis del grupo focal realizado con los profesionales que se desempeñan en algún campo relacionado con la salud .....	172
4.4.1 Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida .....	173
4.4.2 Configuración de los estilos de vida saludables .....	175
4.4.3 Promoción de los estilos de vida saludables desde el análisis del grupo focal .....	177
4.5 Sobre los proyectos relacionados con los constructos de “Salud” y “Estilos de Vida Saludables” que fueron revisados .....	179
4.6 Contrastación de los datos obtenidos en forma global y sintética .....	189
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>194</b>
5.1 Aspectos Subjetivos y socioculturales que Median como Base Motivacional en la Construcción de Diferentes Estilos de Vida .....	194
5.2 Enfoque Teórico de Salud Sobre el que Profesionales en el Campo, Sustentan el Constructo de “Estilos de Vida Saludables” .....	202
5.3 Líneas de acción psicosocial que han de ser atendidas para fortalecer los proyectos de promoción de estilos de vida saludables, partiendo del estudio de casos, la visión de profesionales y la situación de los proyectos analizados .....	206
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>209</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>211</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>227</b>
Anexo N° 1 Cuadro de estudios recientes sobre estilos de vida .....	228
Anexo N° 2 Consentimiento informado .....	237
Anexo N° 3a y 3b Guía de entrevistas .....	240
Anexo N° 4 Guía del Inventario Descriptivo sobre Sí mismo (a) .....	243
Anexo N° 5 Ejercicio de Proyección 1. “Sobre sí mismo y la Salud” .....	246
Anexo N° 6 Ejercicio de Proyección 2. Sobre prácticas de salud y sistemas relacionales .....	253
Anexo N° 7 Actividad de cierre .....	255
Anexo N° 8 Puntos medulares de los casos según las técnicas e instrumentos utilizados en cada Sesión .....	257

## INDICE CUADROS

<b>Contenidos</b>	<b>Página</b>
Cuadro N° 1	
Factores Protectores en el orden de lo individual .....	64
Cuadro N° 2	
Factores protectores en el orden de lo familiar.....	65
Cuadro N° 3	
Factores protectores en el orden de lo social .....	65
Cuadro N° 4	
Factores de riesgo en el orden de lo individual .....	67
Cuadro N° 5	
Factores de riesgo en el orden de lo familiar .....	67
Cuadro N° 6	
Factores de riesgo en el orden de lo social .....	68
Cuadro N° 7	
Descripción breve de los casos de estudio .....	83
Cuadro N° 8	
Breve caracterización de las sesiones realizadas .....	92
Cuadro N° 9	
Resumen sobre la intención, significado, función y nivel de condicionamientos de cada caso revisado.....	162
Cuadro N° 10	
Caracterización de los proyectos relacionados con el constructo de “Salud y “Estilos de Vida Saludables” .....	180

## INDICE TABLAS

<b>Contenidos</b>	<b>Página</b>
Tabla N° 1	
Tabla resumen de los casos de estudio características generales .....	103

## INDICE DE FIGURAS

<b>Contenidos</b>	<b>Página</b>
Figura Hermenéutica Caso A .....	113
Figura Hermenéutica Caso B .....	121
Figura Hermenéutica Caso C .....	133
Figura Hermenéutica Caso D .....	148
Figura Hermenéutica Caso E .....	159
Figura Hermenéutica Casos, Profesionales y Proyectos Analizados .....	192

**Descriptores:**

Procesos Psicosociales

Estilos de Vida

Salud

Psicología de la salud

Promoción de la salud

Hermenéutica-dialéctica

## INTRODUCCIÓN

Referirse a la configuración de estilos de vida saludables empuja inevitablemente a pensar en personas, pero también en procesos y desde ellos en transformaciones, que desde una perspectiva de casos, tal como se aborda en este estudio nos ayudará a entender que, desde nuestra propuesta, más allá de un conocimiento completo, podremos aproximarnos a características, unas veces recurrentes, otras contrapuestas, relacionadas con las formas en que las personas desde su modo de vida colocan un sello a su estilo particular de experimentar la salud, que está permeado indefectiblemente por su acontecer socio-histórico.

El aumento de los que se han considerado estilos de vida poco saludables, ha generado tal preocupación en la sociedad, que diariamente escucha hablar de “*estilo de vida saludable*”. Gran parte de las propuestas para promocionar estilos de vida más saludables, han estado sujetas a un enfoque de “salud desde lo físico”, circunscrito al individuo, enfatizando en aquellos condicionantes de orden amenazante a la salud, tales como el sedentarismo, el tabaquismo y la obesidad como problema alimentario, tal como lo indican (Salinas y Vio en Albala, Olivares, Salinas y Vio, 2004), casi desde una perspectiva dogmática, sin dar espacio a la alteridad, incluso invisibilizando condiciones socio-individuales que marcan la diferencia y que posiblemente sean las que quedan para ser tratadas en la “motivación individual” hacia la búsqueda de “un estilo de vida saludable”, cuando su participación podría destacarse desde momentos anteriores y más profundos, más allá del individuo, que se insertan en un cambio de paradigmas y valores asociados a la cultura emergente.

La visión de estilos de vida que, generalmente se utiliza, hace referencia al conjunto de comportamientos que una persona pone en práctica de forma consistente y sostenida en su cotidianidad, que puede ser pertinente para mantener su salud o colocarla en situación de riesgo para la enfermedad. No obstante, desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, en concordancia con Morales (1999), consideramos que un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad, las condiciones y la voluntad, lo cual indica claramente que va más allá del individuo en sí mismo, pues resulta de esencial

trascendencia para su alcance, el contexto socio-cultural que le precede y le influye, así como en el que se desarrolla y lo significativo que éstos resulten para la persona.

En consecuencia, acercarnos de modo parcial a tales indicadores representa para efectos de esta experiencia, el objetivo implícito de la propuesta, ya que de ningún modo pretendemos generalizar ni homogenizar los hallazgos, sino más bien dar crédito a elementos emergentes, que generen necesidad de análisis para comprender una realidad que muchas veces queda en utopía o en el ocultamiento de lo particular y significativo para comprender el rumbo de la configuración de los estilos de vida saludables.

Para corresponder con esta perspectiva desde la cual se postuló el tema de los procesos psicosociales que participan en la configuración de los estilos de vida saludables, en este seminario de investigación apoyándonos en el paradigma histórico-cultural, consideramos al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial en el proceso de interacción entre el sujeto y el medio, teniendo presente que para conceptualizar el medio es importante considerar lo social y lo cultural, yendo más allá del medio físico. Así, los procesos psicológicos son concebidos como resultado de esta interacción con la cultura en un momento histórico determinado.

En el desarrollo de esta disertación se atiende al pensamiento de Vigotsky considerando que: el medio sociocultural desempeña un papel esencial y determinante en el desarrollo del psiquismo del sujeto, pero que en definitiva éste no recibe pasivamente su influencia, sino que activamente la reconstruye. En este proceso participan dos formas de mediación social: la intervención del contexto sociocultural en un sentido amplio (los otros, las prácticas socioculturalmente organizadas) y los artefactos socioculturales que usa el sujeto cuando conoce (Hernández, 1998).

En razón de que: la interacción específica del sujeto, en un conocimiento social implica constricciones a la actividad, pero ante ellas el sujeto va más allá de los moldes sociales en una actividad constructiva, se deja entrever la necesidad de argumentar bajo un enfoque

metodológico que atiende a la actividad de un sujeto inmerso en un contexto histórico que le precede y le influye.

Considerando la línea histórico-cultural que, según D'Angelo (2002) aporta los elementos interpretativos de carácter historicista-contextual, articulados con la elaboración de algunos de los mecanismos de desarrollo individual-social, que permiten abrir la posibilidad de integrar las aportaciones de distintas corrientes de pensamiento, como marco interpretativo-base, se atiende a los postulados de la Psicología de la Salud como campo de aplicación de la psicología, en que converge también la propuesta histórico cultural, pues desde ella y en correspondencia con la perspectiva de Morales (1999) en el estilo de vida, objeto de estudio de este seminario, también subyacen posibilidades y recursos internos del individuo, de sus potencialidades internas en desarrollo, pero en estrecha conexión y a partir de su inserción social y, más concretamente, de la interacción con los mediadores culturales –personas significativas y productos simbólicos de la realidad sociocultural-.

Desde la Psicología de la Salud, se rescatan aquellas perspectivas teóricas que, con visión holística, hacen referencia al constructo de estilos de vida y que visualizan la salud como un continuo, más allá de la bipolaridad salud-enfermedad y que atienden a los procesos de promoción de la salud e incluso prevención de la enfermedad, dinamizando la instauración de los estilos de vida, dentro de una sinergia socio-individual (Albala, Olivares, Salinas y Vio, 2004; Arjona, 2002; Flórez, Botero y Moreno, 2005; Guisti-Ortiz, 1991; Gómez, Jurado, Viana, Da Silva y Hernández, 2005; Maya, 2001; Mayo, 1999; Restrepo y Málaga, 2001) tal como puede ser entendida desde el enfoque histórico-cultural como referente conceptual.

Bajo un enfoque metodológico de análisis hermenéutico-dialéctico, se buscó comprender la realidad desde su base interactiva natural, considerando la “verdad” como algo parcial, transitorio y relativo. Toda interpretación de los resultados estuvo enfocada a la concepción de una realidad que remite a un proceso, a un desarrollo en el tiempo (historia), a un proyecto que ha sido transmitido (tradicción) y que retomamos, desde una visión del mundo que será siempre parcial, relativa y contingente (Diez de la Cortina, s.f.).

En este seminario, al seguir una línea de análisis hermenéutico que distingue como objeto de estudio, la configuración de los estilos de vida saludables, desde los procesos psicosociales participantes en ella bajo un concepto holista del ser humano, se consideraron tres niveles dimensionales como determinantes de la salud que, dialécticamente, participan en esa configuración.

Estos niveles que aunque separados en su definición, actúan de forma sinérgica en el acontecer de las personas son: *el macrosocial* (referido a la sociedad en su conjunto y a su complejo sistema de relaciones y que, como las de producción, colocan al individuo en una posición de pertenencia a determinada clase); *el nivel del micromedio* (que contempla a la familia, vida laboral y relaciones más inmediatas dadas en las condiciones de trabajo y vida concreta del individuo); *el individual* (nivel que comprende al sujeto que en tanto personalidad orienta y regula su forma de conducirse) (Morales, 1999).

Los aspectos señalados permiten comprender los estilos de vida como construcciones particulares y por lo tanto parciales, no totales o absolutas en su definición; de modo que, todo en torno a ellos se caracterizará por ser flexible en su concepción, valioso por su especificidad y sujeto al cambio en función del carácter activo del ser humano y de la temporalidad que en la dinámica socio-cultural le subyace.

En resumen, tanto capacidades individuales como familiares y sociales son consideradas en este estudio como elementos que, dentro de su carácter interactivo, participan en la configuración de los estilos de vida saludables (Castillo en Albala y otros, 2004).

De este modo, al conceptualizar el constructo de “estilos de vida saludables”, se ha de hacer referencia a los procesos psicosociales y a su participación en la configuración de tales estilos; así como también a su promoción. Por ello se definieron como categorías de análisis tres aspectos a considerar:

- Los *Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida*, contemplando elementos que rescatan lo complejo de la articulación entre la persona y su entorno,

desde un marco socio-cultural, así como los fundamentos motivacionales que participan en la definición de lo que podría constituirse en un estilo de vida.

- La ***Configuración de los estilos de vida saludables***, para profundizar en aspectos como el constructo de salud, la relación entre estilo y calidad de vida, los aportes epidemiológicos que permiten comprender y visualizar los estilos de vida en la actualidad y la influencia de los cambios sociales en la construcción psicosocial de dichos estilos y las prácticas de salud desde categorizaciones conceptuales que permitieran un acercamiento a factores protectores y de riesgo para la salud.
- La categoría de ***Promoción de estilos de vida saludables***, desde la cual se pudo profundizar en la identificación de tendencias conceptuales, directrices y modelos promotores de salud y de los estilos de vida saludables.

Esta subdivisión permitió considerar el objeto de estudio desde su tridimensionalidad, para desde allí, plantear el análisis de la problemática a ser abordada no desde una visión unilateral o estática sino más bien desde la vivencia de una realidad que, pasando por la subjetividad desemboca en el orden social para proyectarse a los distintos contextos, siempre de manera particular e imposible de generalizar.

Por otra parte, los potenciales participantes de este estudio, fueron seleccionados de acuerdo con las aristas dispuestas en las categorías de análisis. Se eligieron representantes de distintos grupos etéreos, para realizar un estudio de casos que atendiera a la multiplicidad de manifestaciones que los estilos de vida podían presentar en las distintas divisiones generacionales e incluso socio-laborales; y representantes de distintas disciplinas relacionadas con la salud para conocer los aportes que en un plano más macro pudieran dar.

Así, en el capítulo I se presenta la definición de la problemática desde nuestro objeto de interés transversal cual es rescatar el aporte que la Psicología como disciplina de las ciencias sociales puede dar a esta lucha por encontrar y desarrollar más y mejores perspectivas de salud, a partir de un enfoque desde el que, sin caer en dogmatismos, se identifique la influencia de los procesos psicosociales en la configuración de los estilos de vida saludables.

En el capítulo II, se apuntan los principios teóricos fundamentales destacados en el campo de la investigación en salud y de autores como Martín-Baró y Abarca, que reconocen el aporte del paradigma histórico – cultural en la reflexión sobre las distintas realidades, para desarrollar cada uno de los aspectos contemplados al definir las categorías de análisis para este Seminario. Cabe destacar, que en el estudio de los estilos de vida gran parte de la información existente, sigue la línea del enfoque cognitivo-conductual en salud. Así, sin caer en el eclecticismo, sino más bien atendiendo a una sana transdisciplinariedad, integramos los aportes que tienen que ver con el objeto de estudio en cuestión, respetando su procedencia, para llegar a su comprensión desde un análisis hermenéutico dialéctico que atienda a nuestro fin.

En el capítulo III se hace una descripción detallada del proceso metodológico mediante el cual fue asumido el tema de investigación, íntimamente ligado con la filosofía que, como grupo de investigación, desarrollamos a lo largo de los constantes momentos de reflexión que se suscitaron en el desarrollo de este Seminario, como lo es el proceso hermenéutico- dialéctico, realizando constante transición del todo a las partes y de las partes al todo para no caer en proposiciones inmutables, sometiendo toda acepción a constante revisión desde matrices de análisis dispuestas según las categorías de análisis.

En el capítulo IV se presentan los principales hallazgos identificados a través de un proceso de profunda confrontación entre el discurso de los (as) participantes y las posturas teóricas desarrolladas como fundamentación de la investigación y nuestra propia visión de la realidad para integrarlos en una dimensión de análisis aproximativo, de constante interrogación y réplica, para intentar identificar las dimensiones estructurales del fenómeno investigado siguiendo los objetivos planteados al inicio de la investigación, para concluir con una síntesis interpretativa, carente de todo rasgo de explicación absolutista, tratando más bien de rescatar la intención que tras las unidades de análisis pudo identificarse en sus estilos de vida respecto a sus dimensiones y niveles de salud.

En el capítulo V se retoman los objetivos para concretizar en puntos concluyentes respecto a la investigación más no respecto al tema por cuanto algunos de los señalados se presentan como insumo para posteriores investigaciones. Además por el carácter metodológico de abordaje, se abren muchas líneas de acción posibles y se dejan abiertas al lector nuevas posibilidades de interpretación de los mismos resultados incluso, ya que lo que rescatamos como valiosísimo de esta experiencia es precisamente, el carácter de multidimensionalidad que, en el campo de la salud y específicamente cuando se trata de vivirla, se traduce cuando nos aproximamos a sus procesos de configuración.

Por último en el capítulo VI se exponen algunas recomendaciones, desprendidas de una comprensión parcial de la realidad, propia de unos actores sociales, de un contexto social e histórico particular. Para ser aplicadas por tanto habrán de ser sometidas nuevamente a un proceso de análisis hermenéutico –dialéctico que permita trascender su esencia y acceder a su aplicabilidad pragmática.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

#### 1.1. Antecedentes

En la presente investigación, donde la temática de los estilos de vida es considerada desde una perspectiva integral, la consideración de los aspectos psicosociales tiene un papel trascendental, pues desde su análisis se busca rescatar el aporte que el campo de la Psicología puede ofrecer a la salud, que tantas veces ha sido circunscrita a una de las muchas dimensiones del ser humano, dejando de lado su integralidad y accionar sinérgico, responsabilizando de su estudio a una única disciplina en el campo.

Se hizo una revisión de artículos, tesis, estudios, programas y proyectos de investigación y extensión, que tuvieran como eje principal los “estilos de vida saludables”, para analizar su aporte a la investigación realizada.

Un alto porcentaje de estudios recientes sobre estilos de vida, está relacionado con calidad de vida y prevención de la enfermedad enfatizando en los factores físicos (dando un papel preponderante al ejercicio físico), por encima de otros aspectos psicosociales, como la influencia de la familia, la condición socioeconómica, el estado emocional, el género, entre otros.

Entre los estudios revisados, que mencionan este tema destacan: “Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo” (Varo, Martínez y Martínez, 2003), “Estilo de vida, práctica de actividad física y Deportiva, Calidad de vida” (Pieron y Bélgica, s.f.), “La importancia del deporte-salud” (Prieto y Nistal, 2003), “Estilos y Calidad de Vida” (Gómez, Jurado, Hernán, Montaner, Da Silva y Hernández, 2005). Todos rescatan que el ejercicio físico incide de manera positiva en la salud del individuo y en su estado de bienestar físico, pues genera costumbres saludables y minimiza el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad entre otras.

“La actividad física y la alimentación claves para una vida sana” (Estilos de Vida Activos y Saludables (E.V.A.S) 2007), y “Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas” (Jacoby, Bull y Neiman, 2003), son dos estudios que hablan sobre la importancia de realizar ejercicio físico, no obstante van un poco más allá, puesto que rescatan los beneficios que tiene la actividad física no solo a nivel físico, sino también psicológico y social, su aporte a este seminario radica en que al menos consideran el elemento psicosocial para la comprensión de un estilo de vida.

Algunos de los estudios (“Percepción de la Ciudadanía costarricense sobre estilos de vida y servicios de salud” (Sandoval, Pernudi, Solórzano, Segura y Bustos, 2006) y “Percepción de la Ciudadanía costarricense sobre estilos de vida saludable y los servicios de salud” (Sandoval, Pernudi, Solórzano, Segura y Bustos, 2004), mencionan que el costarricense tiene un estilo de vida poco saludable, debido a que sus conductas cotidianas son muy sedentarias, lo cual trae consigo la posibilidad de adquirir diversas enfermedades.

El Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), con la investigación: “Percepciones de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida” trató de conocer la opinión de la ciudadanía acerca de su estado de salud y las prácticas personales y sociales que podían estar incidiendo. Además se identificaron algunas actitudes y prácticas saludables que tenía la población costarricense, tales como hacer ejercicio físico periódicamente, aprovechar los espacios para recreación y utilización del tiempo libre en actividades que les daban satisfacción personal (Sandoval, Pernudi, Solórzano, Segura y Bustos, 2005).

El estudio “Estilos de Vida y Calidad de Vida” (Gómez, Jurado, Hernán, Montaner, Da Silva y Hernández, 2005), habla de la promoción de la salud como tema multisectorial que implica considerar el concepto de salud de forma holística, donde individuo y sociedad en general sean responsables de la búsqueda de la salud y el bienestar. Rescata que para promocionar estilos de vida saludables es indispensable tomar en consideración aspectos característicos de la población con la que se está tratando, debido a que de esto depende, en gran medida, la forma en que se brinde la información. Señala que la educación en promoción de estilos de vida saludables debe darse desde temprana edad, durante la infancia y la adolescencia (edades

donde se aprenden la mayoría de conductas con respecto a la salud que se reproducirán en un futuro en la vida personal o con la propia familia), aspectos que desde este seminario se consideran indispensables para comprender y abordar el tema de los estilos de vida.

Relacionado con lo anterior el estudio denominado “Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: El proyecto HELENA”, rescata que la adolescencia es un período (dentro del proceso de socialización secundaria) donde se establecen comportamientos que pueden convertirse en hábitos de salud para el resto de la vida, esto debido a que es el momento en el cual se pueden instaurar formas de pensar y ver el mundo. (Moreno, González, Marcos, Jiménez-Pavón, Sánchez, Mesana, Gómez, Vicente-Rodríguez, Díaz y Castillo, 2007). Sin embargo, este proyecto señala como “fuerte” de la promoción, la nutrición y el ejercicio, dejando de lado los aspectos psicosociales que intervienen.

El estudio: “Espiritualidad y Salud” (Navas y Villegas, 2006), señala que por medio de la espiritualidad, el sujeto puede sentirse capacitado para hacer cambios positivos en su vida, modificando aquellos comportamientos que le resulten negativos para su estilo de vida. Menciona que mediante la religiosidad y la espiritualidad el sujeto logra construir o encontrar estrategias de afrontamiento, que le permiten manejar de una forma más sana, las condiciones estresantes que se le presenten a lo largo de la vida.

Los estudios anteriores aportaron a este seminario elementos significativos sobre la perspectiva subjetiva, emocional, afectiva, particular y socio histórica, para el tratamiento del tema de estilos de vida saludables.

En cuanto a tesis, la mayoría de las encontradas proviene del área de Ciencias de la Salud, específicamente de la carrera de Ciencias del Deporte, donde se estudia la temática, dándole importancia al área de lo físico y en algunos casos al área recreativa.

Las poblaciones con las cuales se han realizado estos estudios, generalmente se caracterizan por presentar problemas físicos y mentales, padecer cáncer, SIDA, o algún tipo de discapacidad, o estar dirigidos a poblaciones específicas.

Este hecho permite inferir que el tema a investigar ha sido poco estudiado desde una perspectiva holística, en poblaciones que no presentan afección identificada en su salud.

A continuación se presenta el resumen de algunas de las tesis de la Universidad Nacional (UNA), de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad de Costa Rica (UCR) que se analizaron, con el fin de identificar cómo se ha tratado la temática en el ámbito costarricense.

La propuesta del: “Módulo de capacitación integral: preparación física. El camino para mejorar la calidad de vida” (Segura, 2004), tuvo como propósito desarrollar capacitación integral, en temas fundamentales: preparación física, estilos de vida saludable y calidad de vida, por medio de un proceso de enseñanza aprendizaje.

En esta tesis se utiliza y se propone la preparación física como un medio integral para mejorar la calidad de vida en los individuos, específicamente en personas que trabajan en el fútbol aficionado y afines y que tienen bajo nivel de capacitación. Como aporte a esta investigación, rescata la importancia de la preparación física dentro de un estilo de vida saludable.

González y Fernández (2004) en su tesis “Estilos de Vida en adultos de 18 a 60 años con retraso mental en el cantón de Pérez Zeledón” trataron de identificar el estilo de vida de los adultos con retraso mental que residían en el lugar, para conocer los factores de riesgo y los factores protectores que podían propiciar o limitar el desarrollo de la calidad de vida.

Este estudio trabajó tres componentes: el emocional, el físico y el social, con el fin de estudiar la temática de manera integral. Su principal aporte fue la inclusión del área social y del área psicológica como componentes de los estilos de vida.

Cabe mencionar que esta investigación no universaliza el concepto de estilos de vida, ya que trató de identificar los factores que influyeron en los padecimientos de cada uno de los individuos desde su historia particular, lo que resulta un aporte relevante para nuestro proceso investigativo, puesto que posibilita visualizar la temática de manera holista.

“Calidad de vida del educador(a) físico(a) costarricense del área metropolitana de San José” es otro de los trabajos revisados. Los autores (Monge y Mosquera, 1999) hicieron un estudio diagnóstico, cuyo objetivo fue conocer y analizar la calidad de vida de hombres y mujeres que laboraban en el Ministerio de Educación Pública como educadores(as) físicos(as).

Teóricamente partió de tres dimensiones: el trabajo, el tiempo libre y la salud, a partir de este planteamiento les fue posible conocer que la calidad de vida que tenían las personas estudiadas no era idónea, pues presentaba múltiples deficiencias en tales dimensiones.

Para la presente investigación resulta importante el aporte que hace con relación al uso del tiempo libre, ya que conceptualiza la recreación como parte del bienestar integral de la persona, en el marco del concepto de estilo de vida saludable.

También se revisaron algunos programas y proyectos que se están realizando actualmente y otros que están en la fase de propuesta en Costa Rica, relacionados con acciones para generar estilos de vida saludables.

En el Instituto de Investigaciones Sociales, de la Universidad de Costa Rica, se construyó una propuesta teórica para el estudio de los estilos de vida en Costa Rica contemporánea, que formó parte del proyecto de investigación “Modificaciones en la estructura social costarricense a partir de la década de los ochenta” como parte del proyecto de investigación: Creación de un sistema de indicadores en el año 1997.

En esta propuesta se indagaron las variaciones en los estilos de vida, lo cual condujo a considerar las facetas del cambio cultural de la época. Con el estudio de estas nuevas dimensiones, el proyecto trató de profundizar en el conocimiento de transformaciones

significativas que tienen lugar en la sociedad actual para lograr, un paulatino perfil del tipo de sociedad que se consolidó al finalizar el siglo.

Aunque es una propuesta poco reciente, el énfasis que hace en la dimensión cultural y en las transformaciones que el cambio cultural puede generar en la estructura social y por ende en los ciudadanos, constituye un aporte importante a esta investigación.

Desde un plano más actual, otro de los programas revisados fue el de PROCESA o “Programa de Ciencias del Ejercicio y la Salud” (2006), que tiene como objetivo promover mecanismos de coordinación entre la Universidad Nacional y las instituciones gubernamentales y privadas en el área de la salud, por medio de ocho proyectos que llevan como fin la promoción de la salud del costarricense de forma integral, utilizando como herramienta de abordaje fundamental el movimiento físico.

También se revisó el proyecto: “Construcción de Estilos de Vida Saludables en el Ámbito Universitario”, que forma parte de un programa de Vida Universitaria, de la Universidad Nacional (2004). El mismo abarca temas como promoción de la salud, condiciones y hábitos alimentarios, prevención del fenómeno de las drogas y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Cabe resaltar que, el concepto de salud que construyeron a lo largo de su aplicación constituye una fuente de información relevante para la investigación, pues durante el proceso, lograron conceptualizar el término salud de manera integral e identificar actitudes y prácticas en salud de los(as) participantes, que la dimensionan más allá de los factores de riesgo postulados tradicionalmente para la salud física.

El Departamento de Salud de la Universidad Nacional, desde hace diez años, realiza Ferias de la Salud con el propósito de responder a las necesidades de los funcionarios (dirigida inicialmente a quienes asistían a consulta médica y se les detectaban problemas gástricos avanzados; para luego proyectarse fuera de la institución con atención a familiares de los funcionarios y a la comunidad en general).

Actualmente se realizan actividades cada año en dos etapas, durante tres veces a la semana en horario de oficina, para que los funcionarios puedan tener acceso. Para la divulgación se recurre a la prensa, y para dar respuesta a las enfermedades detectadas por el Departamento, se cuenta con la participación de Gastroenterólogos, Radiólogos, especialistas en mamografía, ultrasonido, entre otros. Como complemento, se ofrecen: charlas de nutrición, pruebas de lípidos (colesterol, triglicéridos, azúcar...), asesoría nutricional, ultrasonidos, electrocardiogramas, pruebas de osteoporosis, limpiezas dentales, exámenes de ginecología, y prueba de antígeno prostático, entre otros.

Como aspectos importantes, destacan las alianzas entre la Universidad, casas farmacéuticas y otras instituciones de Medicina Alternativa – Natural, Salud y Belleza, y otros; y los apoyos que ofrecen la COOPEUNA y el Fondo de Beneficio Social de la Universidad; así como las federaciones estudiantiles y la población universitaria que han aportado al Programa de donación del Banco de Sangre, beneficiando de esta forma a la comunidad.

De este programa ha de rescatarse que, aunque su enfoque de salud tiene un peso biomédico preponderante, integra el trabajo interinstitucional en pro de la salud de la población y, hace su aporte desde la dimensión física.

Por su parte, en la Universidad de Costa Rica se está llevando a cabo un plan estratégico quinquenal (del 2004 al 2009), elaborado por miembros del Área de Promoción, Oficina de Bienestar y Salud (2004) que tiene como fin primordial generar y coordinar programas, proyectos y actividades encaminados a lograr el desarrollo integral de los miembros de la comunidad universitaria en el campo de la salud.

El proceso tiene dos etapas: la primera consistió en una “encerrona” del área de promoción, que tuvo como objetivo determinar las necesidades prioritarias obtenidas de las diferentes experiencias de estudiantes y funcionarios con relación a la situación de salud, para la definición del plan de trabajo del área de promoción de salud de la oficina de Bienestar y

Salud para el próximo quinquenio. La segunda etapa consiste en realizar planes de trabajo para poder alcanzar el objetivo antes mencionado.

Dentro del contexto comunal, en la Clínica de Santo Domingo de Heredia, que pertenece a la Caja Costarricense del Seguro Social, se ejecuta un programa enfocado a la Promoción de la Salud, coordinado por trabajo social con la colaboración de un quipo de enfermeras, médicos y la psicóloga N. Rodríguez (comunicación personal, Octubre, 2006).

Éste programa da seguimiento a proyectos, que surgen a partir de las necesidades de la comunidad, evidenciadas en el Análisis de situación de Salud (ASIS) de Santo Domingo. Las condiciones, los problemas y las necesidades son considerados para la construcción de proyectos adecuados a la población. Destacan: “Formación de grupos de adultos mayores saludables, Manejo adecuado de la Sexualidad en Adolescentes, Prevención de Conductas Adictivas, Familias Saludables, Proyecto sobre obesidad”.

En el contexto del programa se celebran actividades en fechas importantes (“8 de marzo Feria de la Mujer, 31 de mayo, día del no fumado, 10 de octubre día de la salud mental y en noviembre se realiza la feria de la salud”), con el fin de promocionar la salud y generar personas que no visualicen la Clínica únicamente como un centro de atención terciaria, sino como un lugar donde pueden acceder para informarse y mejorar su estilo de vida. Desde esta perspectiva, los objetivos del programa comparten la visión holista de estilos de vida, que se desean rescatar en el presente abordaje.

Por otra parte, la Municipalidad de Heredia, durante el año 2005, realizó Ferias de la Salud: Construyendo Estilos de Vida Saludables, en diferentes comunidades, tales como: San Francisco de Heredia, Heredia Centro, el Roble, Santa Bárbara y Vara Blanca.

Con éstas hubo acercamiento a los pobladores desde una perspectiva interdisciplinaria e interinstitucional de entidades como: el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), Universidad Iberoamericana (UNIBE), el Comité Cantonal de Deportes de Heredia, Fundación Mujer, Equipo Básico de Asistencia integral en Salud (EBAIS) Fuerza Pública, Instituto Mixto de

ayuda Social (IMAS), escuelas, colegios y posteriormente la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Heredia, con el fin de promocionar la salud desde una posición integral por medio de charlas, talleres y construcción de murales alusivos al tema, además de servicios como: odontología, actividad física deportiva y recreativa, medicina alópata, consejo nutricional, dirigido a los diferentes grupos etáreos de las comunidades.

Este recorrido ha permitido visualizar los programas, proyectos, e investigaciones que se han realizado hasta el momento. De ellos pueden rescatarse aspectos claves para el mejoramiento de los estilos de vida y en consecuencia de la calidad de vida de las personas. No obstante como se pudo apreciar, algunos dejan de lado el aspecto subjetivo y las condiciones socioculturales que participan en los procesos de configuración de tales estilos de vida.

Por esto, el planteamiento revisado a lo largo del Seminario, se postula como pionero en el campo de la salud desde el aporte de la Psicología, ya que permite analizar el constructo de “salud” y específicamente de “estilo de vida saludable”, desde una posición hermenéutica dialéctica, atendiendo a los procesos psicosociales que participan en su configuración, dimensionando tales conceptos a los ámbitos micro y macrosocial, sin dejar de lado lo subjetivo, todo desde lo parcial, lo dinámico y lo flexible de una realidad sujeta a un momento histórico.

## **1.2. Justificación**

Son múltiples las causas descritas que podrían configurar el desarrollo de un estilo de vida saludable. Quizás, incluso existan muchas más que aún no reciben la atención adecuada...

Desde este supuesto, el presente trabajo busca aproximarse a los procesos psicosociales que participan en los estilos de vida de las personas; es un trabajo elaborado y planeado a partir de estudios científicos que permiten establecer cuáles pueden ser algunos factores que participan en la apertura de estilos de vida saludables, para ser desarrollados desde la cultura y contrastados con el estudio de la experiencia de distintas unidades de análisis que colaboraron en el proceso.

En la actualidad, el mundo ofrece diversidad de métodos e implementos que aportan soluciones ficticias a las personas, para alcanzar objetivos de salud despersonalizados. Ante esto, día con día ven con gran frustración que sus esfuerzos no rinden frutos y que más bien, en el peor de los casos, traen serias consecuencias que ponen en riesgo la salud física y mental.

La proliferación de epidemias sociales que nos invade diariamente, demanda promover la inclusión de las necesidades e intereses específicos de las personas, en las diferentes áreas que se articulan en todo estilo de vida.

Ante esta demanda social, el trabajo intenta mostrar parte de la realidad, los mitos y las consecuencias físicas y psicológicas de los estilos de vida, como parte también de una realidad nacional y mundial que se enfrenta, hoy más que nunca, al impacto de los cambios sociales, a partir del seguimiento de cinco casos. Se espera obtener no solo el involucramiento de los participantes elegidos, sino además la sensibilización de quienes accedan a este documento.

En la elaboración de este trabajo se dio seguimiento a la información suministrada por profesionales que se desempeñan en el área de la salud, para analizar lo que, desde su experiencia, está aconteciendo en el campo de la promoción, donde a pesar de los esfuerzos, pocos o efímeros han sido los resultados.

También se consideró para el análisis, la información extraída de varios proyectos en promoción de la salud, identificando las demandas institucionales, individuales, sociales; enfatizando en aquellos que promueven la visión integral de la salud, contemplando las necesidades y realidad de los seres humanos, trascendiendo la visión biomédica y que resaltan la importancia de la salud mental, el contexto sociocultural, económico y el medio ambiente; dirigidos a la sociedad en general.

Este proceso de investigación permitió profundizar, por medio de un acercamiento hermenéutico, en las vivencias personales de cinco casos con quienes se trabajó en conjunto,

describiendo las principales líneas de fundamentación de sus relatos autobiográficos con una visión dialéctica respecto a la configuración de sus estilos de vida.

Toda persona, permeada por su medio ambiente, vive en interacción constante con factores internos y externos entre los que cabe destacar la forma personal de aprender, los valores, creencias, intereses, pautas de conducta, tipos de lenguaje, formas de organización familiar y social, que le permiten acceder a tener su estilo de vida.

Esto lo refleja el estudio: Percepciones de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida, realizado por el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) 2005, en el que se plantea que “asistimos a un proceso de creciente complejidad de las relaciones entre los seres humanos, que está atravesado por los equilibrios tensionales entre diversos sistemas: social, político, económico, cultural y ecológico, entre otros.” (p.1) y que lo anterior responde a un proceso de continuo cambio y transformación que los seres humanos construyen y reconstruyen. Plantea además, tener como propósito para mejorar la calidad de vida, los proyectos personales y los modos de vida, entre otros.

Los cambios que procuran hacer los sujetos en pro de mejorar su estilo de vida, influenciados por un contexto macrosocial donde lo que prevalece es la demanda “exagerada” hacia la necesidad de satisfacer aspectos materiales que se presentan como “indispensables”, llevan a “invisibilizar” otros elementos que pueden formar parte esencial de su estilo de vida, ya que en muchas ocasiones el éxito y “el estilo de vida saludable” se relaciona con: la necesidad de acceder a gran cantidad de dinero y propiedades, tener varias profesiones y cuerpo escultural, entre otros, que desde Martín-Baró (1984), tendría que ver con las necesidades sociales como efecto de la ideología imperante. Del mismo modo, la influencia que reciben las personas por parte del sector salud, puede contribuir con la construcción de estilos de vida saludables o por el contrario interferir según la situación.

Tradicionalmente, el concepto de salud ha sido equivalente a la “ausencia de enfermedad”, fundamentado por el paradigma biomédico, en el cual lo biológico y lo físico son componentes trascendentales para “explicar” la condición saludable del sujeto.

Ante los innumerables casos de hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, en la población costarricense, se ha considerado que, la “realización de actividad física y la buena alimentación” son los posibles factores que benefician la salud de la persona y por ende, impiden que llegue a enfermarse. De acuerdo con el Estado de la Nación (2004), lo anterior ha llevado a los diferentes servicios de salud a "establecer retos de atención de salud de manera más dinámica y efectiva con el fin de atender la complejidad de las enfermedades" (p.18).

Igualmente, en el Análisis de Situación en el perfil epidemiológico de Costa Rica se manifiesta que “el sistema de salud, en cuanto a las enfermedades crónicas se refiere, ha estado circunscrito a la atención de la enfermedad, dejando de lado otras intervenciones en áreas como promoción de estilos de vida saludables y la vigilancia de factores de riesgo...” (Política Nacional de Salud 2002-2006, p.14).

Ante esta situación, resulta imperante que, personalmente y en conjunto con otros sujetos (desde lo interdisciplinario, en la comunidad y con distintos grupos sociales) se puedan identificar herramientas que posibiliten un cambio positivo en los estilos de vida, y por ende una mejor calidad de vida.

En este sentido, la persona debe ser visualizada como un ente activo y propositivo que como parte de un proceso pueda tomar conciencia de la manera en que vive y de sus consecuencias, ya sean positivas o negativas, y no como un sujeto pasivo al que la sociedad maneja como un “títere”, que no tiene la posibilidad de decidir y cuestionar hacia dónde desea dirigir sus pasos.

Parsons menciona que “el hombre es una criatura activa, creadora, evolutivo, que actúa sobre la realidad a fin de moldearla o transformarla de acuerdo a sus ideales” (citado por Dawe, 1978 en Martín-Baró, 1984, p. 13). Partiendo de esta postura y considerando que la mayoría

de los estudios y acciones que se han realizado sobre el tema de los estilos de vida, dejan de lado muchos de los aspectos psicosociales como historia personal, influencia socio-cultural, eventos significativos, roles, entre otros (Mayo, 1999), se considera fundamental el papel que cumple la psicología en este proceso de comprensión desde una visión integral, donde lo social, lo cultural, lo económico, lo emocional, se tome en cuenta para identificar e interpretar los procesos mediante los cuales se configuran los estilos de vida saludables.

Señalados los principales principios teóricos e ideológicos que fundamentan esta propuesta, puede destacarse como característica final y complementaria que, el desarrollo de este seminario, permite transitar de manera paralela por los ejes de salud y educación que contempla la carrera de Psicología y al mismo tiempo, ofrecer un aporte significativo desde esta disciplina al desarrollo de un tema que hasta el momento ha sido abordado en su mayoría por otras especialidades bajo un intento unificador que, a fin de cuentas ha disminuido en mucho la posibilidad de cambio que el ser humano tiene.

### **1.3. Planteamiento del Problema**

*“Una sociedad sana debe plantearse como objetivo ineludible, el desarrollo de todas las personas y de toda la persona” (Max-Neef, citado por Muñoz y Salinas en Albala, Olivares, Salinas y Vío, 2004, p.2).*

La cita anterior refiere a una perspectiva de salud que involucra al individuo y su entorno, al sí mismo y a su interacción armónica con los otros. A la luz de estas palabras surge el planteamiento y desarrollo de este seminario. A lo largo de este documento se irá transfigurando, poco a poco el sentido que las mismas refieren para nosotras, desde la dimensión de salud que pretendemos rescatar en el análisis de los estilos de vida.

Salinas y Vio en Albala y otros (2004), refieren que la modernización ha traído consigo un aumento de estilos de vida poco saludables que, yendo más allá del individuo, se insertan en un cambio de paradigmas y valores asociados a la cultura emergente. De este modo, considerando que gran parte de las propuestas para promocionar estilos de vida más saludables, han estado sujetas a un enfoque de “salud desde lo físico”, circunscrito al individuo, enfatizando en aquellos condicionantes de orden amenazante a la salud, tales como el sedentarismo, el tabaquismo y la obesidad como problema alimentario, se concibe como prioridad de este seminario y como reto del nuevo profesional en Psicología que participa en la construcción de la salud analizar *¿Cómo influyen los procesos psicosociales en la configuración de los estilos de vida saludables?*, para que desde esta perspectiva integradora, que conjuga lo individual con lo contextual, puedan ser evacuadas incógnitas que quizás no han sido suficientemente indagadas y que van orientadas a valorar:

- ¿Cómo se conceptualiza la salud y en qué medida se refleja en los estilos de vida?
- ¿Qué aspectos subjetivos y socio-culturales influyen en la configuración de los estilos de vida?
- ¿Cuáles son los fundamentos motivacionales relacionados con procesos psicosociales que generan prácticas protectoras o de riesgo para la salud?
- ¿Desde qué enfoque de salud se están promocionando los estilos de vida saludables?
- ¿Qué aporte puede dar la Psicología al campo de la salud en el análisis y promoción de estilos de vida saludables?

Indagar sobre estas líneas de acción, en torno a un tema tan amplio como el de los estilos de vida, y más aún saludables, constituye un acierto, pues las competencias que la Psicología puede desarrollar a partir de la comprensión del proceso salud/enfermedad, permiten abrir la gama de posibilidades, más allá de la intervención asistencialista de la que ha sido tan difícil separarse, para dar lugar a un planteamiento que, aun considerando

lo global no desestima la particularidad de las partes para la comprensión de las distintas realidades que en torno a la configuración de los estilos de vida saludables han de ser consideradas.

#### **1.4. Objetivo general**

Analizar el papel que juegan los procesos psicosociales en la configuración de los estilos de vida, a partir de una perspectiva de casos, que permita visualizar nuevas líneas de acción a ser consideradas en la promoción de la salud.

#### **1.5 Objetivos específicos**

- Identificar aspectos subjetivos y socioculturales que influyen en la configuración de los diferentes estilos de vida de cinco casos.
- Definir las bases motivacionales fundamentales sobre las que se sustentan las prácticas protectoras o de riesgo para la salud, dentro de los procesos psicosociales que participan en la configuración de los estilos de vida de cinco casos.
- Distinguir el enfoque teórico sobre el que profesionales en el campo de la salud, sustentan el constructo de “Estilo de vida saludable” y su posible repercusión en la dinámica social, desde la posición de cuatro profesionales.
- Determinar líneas de acción psicosocial que han de ser fortalecidas en los proyectos de promoción de estilos de vida saludables, considerando el estudio de los cinco casos y los análisis de profesionales y proyectos.

## CAPÍTULO II

### CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

#### **2.1 Aspectos generales del capítulo: líneas conceptuales que orientan el estudio**

Desde lo macro - social el concepto de salud está mediado por un dinamismo que le ha permitido a las diferentes disciplinas reflexionar, explicar y comprender, sin excluir dicha dinámica pero con cierta fragmentación, el constructo de “estilo de vida saludable”.

De esta manera, para tomar una postura crítica ante la construcción conceptual de la salud y de los estilos de vida, se requiere de una visión que vaya más allá de la simple ausencia de enfermedad, hacer una ruptura con los paradigmas que han vinculado la salud del sujeto con lo biológico y/o lo físico, visualizando al ser humano como un ente integral, que se vincula con aspectos psicosociales tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, comportamientos, interacciones personales, familiares y condiciones sociales, políticas, económicas, culturales, ambientales, que le consolidan como tal.

Ante esto, la psicología tiene la posibilidad de trascender en el campo de la salud, haciendo ruptura de esquemas tradicionales (la asistencia y la prevención terciaria), generando nuevas propuestas que complementen los modelos de promoción de la salud actuales. Es por ello que este seminario se enmarca en la Psicología de la Salud como campo de aplicación de la Psicología. La psicología de la Salud, nacida a finales de los años setenta, es considerada como la disciplina que suma las contribuciones profesionales, científicas y educativas para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación precoz de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, además de consideraciones respecto al sistema sanitario y políticas de salud (Amigo y Pérez, 1998). Desde ella se apela a una práctica comprometida con las necesidades y aspiraciones de las personas (Restrepo en Restrepo y Málaga, 2001); le interesan los procesos psicológicos que

participan en el continuo salud-enfermedad, así como las circunstancias interpersonales y socio-culturales que se ponen de manifiesto en ello (Morales, 1999).

Paralelo a esto, adquiere gran significado la condición económica, social, espiritual, cultural, laboral y ambiental que gira en torno al sujeto como complemento de su realidad física. Restrepo en Restrepo y Málaga (2001), enmarca la salud como un concepto holístico positivo, donde se incluyen todos aquellos elementos relacionados con el bienestar humano, que además concilia como aspectos fundamentales, la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones, que toda persona y grupo desea adquirir, destacando con ella, el cambio trascendental que ha sufrido.

El mismo autor concibe que para todo ser humano resulta valioso lo siguiente:

“... tener donde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también (...) acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine” (en Restrepo y Málaga, 2001, p.24).

De esta manera, hablar de salud es concebir el valor significativo que cada sujeto le otorga a su realidad cotidiana y por ende, interpretar desde la misma, ese significado subjetivo, sin alterarla.

Los seres humanos, más que adaptarse a los fenómenos se apropian de ellos o los hacen suyos. La adaptación se refiere a una aceptación pasiva de las condiciones ambientales que afectan al organismo, sin embargo, la apropiación implica una operación distinta: es un proceso activo, social y comunicativo. De esta forma, la apropiación es el medio y el proceso principal mediante el cual se desarrolla el psiquismo (Martínez, 1999).

Debido a esto, resulta trascendental reflexionar sobre el ser humano como un “todo” sin la posibilidad de fragmentar la relación existente entre individuo y contexto, considerando los aportes del enfoque histórico cultural al campo de la Psicología de la Salud, para desde ellos y con ellos desmitificar la “homogenización” que, históricamente, ha prevalecido en la búsqueda del conocimiento en cuanto a la instauración y mantenimiento de la salud, dando énfasis a características diferenciales que relativizan los estilos de vida que convergen en el sistema social.

Por la importancia concedida a la cultura como el medio en el que se desarrolla una persona, así como por el decisivo papel que se otorga a la actividad social real y con sentido (el contexto concreto en el que se desarrolla el aprendizaje, en el que se da la representación y la acción, y en el que lo intelectual está relacionado con lo afectivo), que señala Ibáñez (2003), el enfoque histórico-cultural constituye un sólido referente para comprender e interpretar los estilos de vida, más allá de su simple manifestación y en complemento con la forma en que ha sido tratado tal tema en estudios desarrollados en el campo de la psicología de la salud, que atienden más a un enfoque cognitivo conductual.

D’Ángelo (2002) destaca que la perspectiva histórico-cultural podría ser uno de los núcleos fundamentales de una nueva psicología integradora y emancipatoria, a condición de no detenerse en sus descubrimientos iniciales, sino, más bien, tomarlos como pilares esenciales para la integración del conocimiento aportado por las diferentes corrientes psicológicas y disciplinas afines y las nuevas visiones paradigmáticas. En el caso de la psicología, precisamente, el enfoque histórico-cultural podría ser parte importante del cimiento general en el que puede descansar la integración del conocimiento, ya que aborda los aspectos constitutivos más generales de referencia, desde la intervencionalidad de su externidad con las condiciones internas mismas del proceso del desarrollo.

Es por esto que el enfoque histórico-cultural fue elegido como referente conceptual para el desarrollo de este seminario, no desde una rigidez paradigmática, sino desde una propuesta dinámica e integradora, rescatando fundamentos epistemológicos que desde tal enfoque, se

pueden leer en los postulados de teóricos destacados en el campo de Psicología de la Salud, que se han referido al constructo de “salud” y de “estilos de vida saludables”, tales como Morales (1999); Amigo y Pérez (1998); Albala y otros (2004); Arjona (2002); Flórez y otros (2005); Guisti-Ortiz (1991); Gómez y otros (2005); Maya (2001); Mayo (1999); Restrepo y Málaga, (2001), Gómez y otros (2005) entre otros, en los cuales se apoya el análisis de los datos obtenidos durante el proceso de investigación.

El paradigma histórico cultural también llamado paradigma sociocultural o Histórico social, fue desarrollado por L.S. Vigotsky a partir de la década de 1920 (Ibáñez, 2003), sus propuestas han trascendido en el tiempo y hoy día a la luz de sus seguidores, aportan un importante insumo para el análisis de distintas realidades.

Para Vigotsky, el sujeto debe ser entendido como un ser social, producto y protagonista de las múltiples interacciones sociales en que se involucra a lo largo de su vida. Asimismo, la relación entre sujeto y objeto de conocimiento no es una relación bipolar como en otros paradigmas, sino que se convierte en un triángulo abierto de tres vértices representados por sujeto, objeto de conocimiento y los artefactos o instrumentos socioculturales que los mediatizan. El sujeto se encuentra abierto a la influencia de su contexto cultural. De esta manera la influencia del tal contexto pasa a desempeñar un papel esencial y determinante en el desarrollo del sujeto, quien no recibe pasivamente la influencia sino que la reconstruye activamente.

Desde este paradigma se concibe el desarrollo personal como una construcción cultural, que se realiza a través de la socialización con adultos de una determinada cultura mediante la realización de actividades sociales compartidas. Para Vigotsky "el hecho humano se produce gracias a la actividad conjunta y se perpetúa y garantiza mediante el proceso social de la educación, entendida ésta en un sentido amplio y no sólo según los modelos escolares de la historia más reciente" (Álvarez y Del Río, 1990a, p. 94, citados por Ibáñez, 2003).

Desde el punto de vista del enfoque sociocultural los procesos psicológicos son concebidos como el resultado de la interacción mutua entre el individuo y la cultura. La clave del funcionamiento psicológico está en la construcción de significados, concretamente, en los significados que se atribuyen a los objetos, a las palabras y a las acciones. También se considera que la elaboración individual de los significados es parte de una construcción activa y social del conocimiento que se comparte con los demás miembros del contexto social y cultural (Martínez, 1999).

Para Vygotski, el lenguaje y el pensamiento no pueden disociarse estrictamente entre sí, ni tampoco de la misma `naturaleza' humana (que es `cultural', asentada sobre las características biológicas). El desarrollo psicológico es posible individualmente gracias a un desarrollo histórico previo, no está escrito en nuestra estructura orgánica. Así como señala Bautista (1994), citado por Ibáñez (2003), a causa de los cambios históricos producidos en las actividades organizadas socialmente, la naturaleza humana consiguiente no se genera ni se explica con categorías fijas que puedan ser aplicadas de forma general, sino que más bien ha de hablarse de «categorías cambiantes». Esto es así porque la entidad del hombre no puede separarse de su vida mental y, sobre todo, de cómo se ha producido históricamente, elemento fundamental para la comprensión de la dinámica en que se desarrollan los estilos de vida.

En toda la psicología histórico-cultural, el concepto de `actividad' resulta crucial y tiene un significado propio: se trata, no de cualquier tipo de acción, sino de `actividad social', práctica y compartida; en ella hay intercambio simbólico y utilización de herramientas culturales para la mediación. En la actividad, así entendida, se encuentran las personas adultas y las que no lo son, las personas expertas y las aprendices. En la actividad se produce la creación de sentido y en ella se integran los aspectos prácticos, emocionales, relacionales y cognitivos. Es así como para efectos de este seminario podemos entender el estilo de vida como esa construcción con significado propio en la que el intercambio de lo simbólico con el aporte cultural median en su materialización. Así, se concibe que la adquisición, mantenimiento y expresión de los estilos de vida en torno a la salud, responden a procesos de socialización y actividad conjunta que los desencadenan y caracterizan a partir de una ubicación histórica y cultural.

Parafraseando a Leontiev (1984), si retiráramos la actividad humana del sistema de relaciones sociales y de la vida social, no existiría ni tendría estructura alguna, pues con sus diversas formas, la actividad individual humana es un sistema en el sistema de relaciones sociales que no existe sin tales relaciones. La forma específica en la que existe está determinada por las formas y los medios de interacción social material y mental creados por el desarrollo de la producción (en Wertsch, 1988, citado por Ibáñez, 2003). Este aspecto además se articula potencialmente con el método hermenéutico dialéctico utilizado para el análisis de los datos en este seminario, pues desde él se consideran las dimensiones individuales pero también del contexto para la comprensión de la intención- significado, función y condicionamiento de la acción, pero en función del motivo que la conduce dentro de un contexto, en constante transformación.

Desde esta posición la cultura no sólo se `recibe`, sino que es transformada por las personas de esa cultura: "los individuos transforman la cultura cuando se apropian de sus prácticas y la transmiten a la siguiente generación y a las necesidades de sus circunstancias específicas" (Rogoff, 1993, p. 251, citada por Ibáñez, 2003). Según Ibáñez (2003), Bruner, apoya esta posición al afirmar (comentando cómo el lenguaje tiene una función constitutiva en la creación de la realidad) que una cultura comprende un texto ambiguo que necesita ser interpretado constantemente por aquellos que participan en ella y que tienen una función activa en la cultura, tal como sucede con la realidad socio-histórica de los estilos de vida.

Para Bruner (1988), una cultura se está recreando constantemente al ser interpretada y renegociada por sus integrantes. Es tanto un foro para negociar y renegociar los significados y explicar la acción, como un conjunto de reglas o especificaciones para la acción (en Ibáñez, 2003). A la luz de esta postura, desde la posición de análisis elaborada a lo largo del seminario se rescatan los aportes teóricos que permiten conceptualizar los estilos de vida como un componente de la actividad humana en constante reconstrucción, cuyo significado puede ser accedido al considerar tanto el conjunto de normas y particularidades que le preceden como la función activa que desde este paradigma se le confiere al sujeto en su contexto, visto éste, no como algo definitivamente dado, sino que se constituye dinámicamente, mutuamente con la actividad de los participantes; que se delimita por lo que la gente hace, dónde y cuándo lo

hace, en este sentido, las personas que interactúan llegan a constituir el contexto para los demás (Lacasa y Silvestri, 2001, citados por Ibáñez, 2003).

A su vez, ese contexto no puede separarse de la cultura, porque no puede separarse de una dimensión temporal, histórica en la realidad humana, que lo configura; porque en él están presentes instrumentos materiales y simbólicos que permiten a los individuos adaptarse a la realidad y proyectarse al futuro; y porque es un entorno social (Lacasa y Silvestri, 2001, citadas por Ibáñez, 2003).

Por tanto, el enfoque histórico-cultural deviene, por naturaleza propia, en una base importante de la constitución de la transdisciplinariedad psicológica. La línea histórico-cultural, que aporta los elementos interpretativos de carácter historicista-contextual, articulados con la elaboración de algunos de los mecanismos de desarrollo individual-social, abre la posibilidad de integraciones a las aportaciones de distintas corrientes de pensamiento, como marco interpretativo-base que, no obstante, necesita asumir las elaboraciones de múltiples perspectivas teóricas para abrir posibilidades de un enfoque integrador del desarrollo humano de la persona.

La perspectiva histórico-cultural aporta, en efecto, un conjunto de enfoques esenciales, que pueden conformar el cuerpo básico de sus elaboraciones; es por ello que, sin desestimar los aportes que otros enfoques dan al campo de la psicología de la salud y en especial, al abordaje de los estilos de vida, a lo largo de todo el proceso investigativo se consideraron como elementos esenciales de la perspectiva histórico-cultural, los que señala D'Angelo (2002), como aquellos que permiten ser articulados con otras perspectivas teóricas para el análisis de los fenómenos sociales, en este caso con los estilos de vida saludables, que se pueden resumir en:

- Consideración del proceso de desarrollo a partir de la interacción con los otros significativos y los productos de la cultura, que da lugar a la comprensión de los procesos de aprendizaje social mediado y a la reflexión acerca del carácter de los

procesos de internalización, imitación, reproducción y construcción de la realidad a partir de la relación social del individuo.

- Énfasis en el diagnóstico dinámico del individuo considerando las acciones a través de la mediación cultural y las interacciones humanas.
- Articulación de las particularidades internas y externas (situación social de desarrollo).
- Introducción de la dimensión contextual e histórica, no como un marco de referencia del individuo, sino en la compleja y múltiple relación biunívoca de interacción y determinación individuo-medio, de acuerdo a las situaciones existenciales vitales específicas.
- Atención al papel de los procesos afectivo-disposicionales en la construcción de los procesos intelectuales –y la relación pensamiento-lenguaje-, mediados socialmente, considerando la vivencia como unidad afectivo-cognitiva importante de estudio en el comportamiento humano.

Estos puntos de referencia transitan por las categorías de análisis propuestas a la luz del objeto de estudio de este seminario que, al corresponder a la configuración de los estilos de vida saludables, necesariamente pasan por espacios teóricos medulares de la Psicología de la Salud. Así, dentro de la propuesta de la Psicología de la Salud como campo de acción y desde un enfoque de salud integral, se argumentan las categorías de análisis a saber: *Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida, configuración de los estilos de vida y promoción de la salud*, considerando los aportes de la perspectiva histórico-cultural como referente conceptual, que desde el enfoque de este seminario dinamiza el constructo de “estilo de vida saludable” que interesa a profesionales de la salud y por tanto al psicólogo de la salud.

La fundamentación teórica para cada una de las categorías de análisis que apoyaron el proceso investigativo, se presenta también con perspectiva dialéctica, en correspondencia con lo que desde la hermenéutica-dialéctica como metodología de análisis se enmarca respecto a la realidad del individuo como ente social, considerando que toda acción humana es múltiple de innumerables interpretaciones y que la mejor y más acertada en cada caso, se descubrirá sólo

con un detallado y cuidadoso análisis estructural de sus dimensiones y del todo del que forma parte (Martínez, 1997).

## **2.2 Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida**

Es quehacer esencial de los científicos sociales, reflexionar y discutir sobre las “realidades sociales” que construyen a cada ser humano, y que le permiten entender, aceptar y explicar desde su subjetividad el estilo de vida que experimenta, definiendo desde allí, si es o no saludable. Para ello es pertinente señalar algunos puntos conceptuales referentes a los procesos psicosociales a través de los cuales cada ser humano configura su propio estilo de vida.

### **2.2.1 Apreciaciones generales sobre la relación entre lo subjetivo y lo sociocultural**

Cada realidad se ve determinada por cultura, historia, contexto, religión, etnia, estatus social y posteriormente por condiciones sociales, económicas y políticas que influyen en la manera como el sujeto se percibe a sí mismo, como percibe el entorno y posteriormente, como éste se comporta en determinado contexto, actuando como mediadores que le pueden permitir experimentar una vida saludable de acuerdo a sus condiciones de vida.

En palabras de Max-Neff, citado por Muñoz y Salinas en Albala y otros (2004), “una sociedad sana debe plantearse, como objetivo ineludible el desarrollo de todas las personas y de toda la persona” (p.2). Por lo tanto, debe comprender la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades-satisfacciones, en las dimensiones individual y social, en los ámbitos locales y nacionales y cuidando la articulación entre lo micro y lo macro.

Generalmente, el ser humano logra reflexionar e inclusive cuestionarse sobre la realidad que enfrenta, buscando la posibilidad de modificarla. Sin embargo, la actitud de cada sujeto hacia un cambio se ve invadida por “los mensajes” que el sistema social ha difundido de manera general, sobre lo que es o “debe ser” un “estilo de vida saludable”.

Es importante resaltar que alrededor de las personas existen condiciones de vida, apoyo, recursos materiales y humanos, que les permite sostenerse económica, emocional y socialmente, por lo que el percibir que el sistema les exige una vida saludable fuera de su realidad o condición de vida, puede generar un conflicto al buscar satisfacer sus necesidades subjetivas y/o las necesidades que la sociedad le demanda. A esto hace alusión Abarca (1995), cuando afirma que algunos medios sociales “son más sanos, otros nos crean conflicto y una serie de necesidades difíciles de satisfacer...” (p.20).

Lo expuesto anteriormente, en perspectiva con el enfoque de este seminario, permite reconocer la relación que existe entre lo subjetivo y el contexto sociocultural, en donde este último se convierte en el punto de referencia que le permite al sujeto establecerse como tal, dentro de un contexto, aspirar a nuevas posibilidades de vida, satisfacer sus necesidades, intereses, visiones y prioridades.

Es precisamente, a través del contexto sociocultural que el sujeto internaliza una serie de roles, patrones, principios y valores que le permiten ejercer un determinado papel en la sociedad. Esto lo respalda Martín-Baró (1984), al señalar que los determinantes económico-sociales de la salud, como vivienda, educación, seguridad social y empleo generan una creciente influencia en la subjetividad de los individuos y se insertan en un cambio de paradigmas y valores asociados a la cultura emergente.

En nuestro caso, surge una nueva época influida por la globalización, el avance tecnológico y la resignificación del individuo y la familia. Salinas y Vio en Albala y otros (2004), refieren, que la modernización ha traído consigo un aumento de estilos de vida poco saludables, caracterizados por problemas medioambientales, violencia e inseguridad de las personas, alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas.

De manera que actualmente, tanto las características como la evolución de los estilos de vida de las diferentes clases y grupos sociales de una sociedad en su conjunto, no pueden verse, al margen de las transformaciones originadas por el proceso de globalización. Esto por cuanto, la dinámica de este proceso permea diferentes espacios como la economía, la política y la cultura de un país, definida esta última por Giusti (1991), como el cúmulo de tradiciones,

costumbres, creencias, formas sociales y rituales religiosos que caracterizan los grupos sociales. Según este autor, las macro tendencias de mercados mundiales, la globalización y el surgimiento del sistema del libre mercado, son tendencias que afectan al mundo en general y a los individuos en particular.

La globalización posibilita un flujo permanente de información, ideas, valores y gustos y la cultura de consumo constituye un pilar de la cultura global, ya que se convierte en la mejor forma de expresión individual, definida por un predominio de la imagen y porque asocia la identidad de las personas o grupos sociales con estilos de vida y gustos cambiantes.

Tales posturas, permiten concluir que el contexto sociocultural va generando en el ser humano la necesidad de modificar su estilo de vida y que de éste va a depender, en mucho, de qué manera o bajo cuáles condiciones lo hace, tomando en cuenta los recursos disponibles.

De esta forma, el contexto sociocultural puede brindarle o limitarles las posibilidades de lograr reestructurar su estilo de vida, ya que muchas veces, a través de un mensaje implícito, propio de un “perfil social” que se pretende alcanzar, va generando una demanda que, dentro de este dinamismo que caracteriza al sistema social, funge como elemento a considerar en este proceso de instauración de estilos de vida saludables. Al respecto, de acuerdo con Abarca, como seres humanos tomamos de ese medio, lo transformamos y nos transforma. Según menciona, “unos individuos son más avasallados por él, otros lo pueden trascender o confrontar” (Abarca, 1995, p.20).

Así, cada estilo de vida saludable adquiere un significado relevante para el sujeto, debido a que cada persona adquiere de su propio medio, lo interpreta e inclusive transforma desde sus condiciones de vida, lo que experimenta en determinado contexto, en pro de establecerse como un ser integral. De ahí que resulte difícil juzgar el comportamiento de las personas y determinar el por qué hacen las cosas y llevan a cabo un tipo de actividad en particular (Abarca, 1995).

Hemos considerado las posturas anteriores que rescatan lo complejo de la articulación entre la persona y su entorno, en la definición de lo que podría constituirse en un estilo de vida saludable, para subrayar que ante el desarrollo de todo este proceso de instauración, una serie de elementos individuales y socioculturales trascienden lo simple para edificarse en una complejidad sin límites que siempre habrá de ser particular, al tiempo que lleva la marca de lo socio-histórico en todos sus marcos de referencia posibles.

### **2.2.2 Fundamentos motivacionales**

Los aspectos motivacionales juegan un papel trascendental en la constitución de los estilos de vida de cada persona, ya que el grado de motivación que el sujeto maneje y de igual forma el que el contexto le provea va a determinar la calidad de vida que tenga.

El contacto que tiene el sujeto con su contexto le da la posibilidad de percibir que posee necesidades subjetivas que desea satisfacer y que de igual manera, existen necesidades sociales que le exigen constantemente. Sin embargo, la interrelación entre sujeto y contexto hace que éste construya una conciencia individual y subjetiva que le permite decidir lo que quiere para sí mismo y lo que considera satisfactorio para su vida.

Según Abarca (1995), las necesidades sociales se convierten en exigencias para el sujeto, que a la vez tienden a aparecer y desaparecer debido a los intercambios que el ser humano mantiene con el mundo físico y social. La autora menciona que la aparición de las necesidades sociales va a depender de muchas condiciones relacionadas con el dinamismo de los desarrollos científicos, tecnológicos y comerciales. Tales necesidades sociales se van a diferenciar de acuerdo con la zona geográfica, el sistema político imperante, las características sociales del entorno y los sistemas de socialización en las comunidades. Así, permeado por la diversidad de factores que influyen de manera directa en las decisiones que toma, cada sujeto construye su estilo de vida.

Los aspectos motivacionales que participan en la constitución de los estilos de vida del sujeto están ligados a la dimensión subjetiva de la Calidad de Vida, definida por Giusti (1991), como

un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite a la persona satisfacer sus necesidades individuales y colectivas, sin contradicción con lo establecido por la sociedad y por la cultura.

En razón de que la motivación subjetiva se encuentra en estrecha relación con el proceso social, según evoluciona el entorno social (familia, amigos, instituciones socializadoras, entre otros), la motivación del sujeto se transforma, modificando de esta forma sus necesidades, intereses, metas y motivos (Abarca, 1995).

De este modo, la motivación es un proceso fundamental que permite explicar por qué el sujeto realiza una acción determinada en un contexto dado. Varía en cada persona y según la cultura, la clase social, el género, la historia, entre otros (Abarca, 1995).

En esta interacción constante del sujeto con su entorno, en que construye necesidades subjetivas que se ven permeadas por las necesidades que la sociedad le demanda, necesita de un contexto que le proporcione experiencias de calidad y significado personal (motivación extrínseca), a pesar de que la motivación sea un proceso de sentido subjetivo (motivación intrínseca).

Según Guisti (1991), la percepción del individuo sobre su estado de bienestar es fundamental, ya que es la persona quien tiene los argumentos para externar si su calidad de vida le satisface o no. Además le permite construir herramientas que le ayudan a lograr estilos de vida saludables y con calidad.

En relación con lo anterior, Ortiz en Flórez, Botero y Moreno (2005), rescatan que la calidad de vida como un constructo global tendría que ver con un proceso básico que abarcaría todas las áreas de la vida, resultando en un balance positivo o negativo según el peso subjetivo que el individuo otorgue a su condición total en un momento dado. En ella según Guisti (1991, p.1), participan de manera sinérgica, componentes de los ámbitos:

- Ocupacional: relacionado con la selección de una ocupación, preparación, progreso y retiro del mundo laboral, incluyendo el uso del tiempo libre y la selección de actividades recreativas que den esparcimiento.
- Social: que incluye las estrategias que permiten a la persona internalizar valores, costumbres y maneras de convivir en grupo.
- Físico-funcional: que incluye la satisfacción de las necesidades básicas (hambre, sueño, abrigo, sexo) el logro de un estado de la salud física y la disponibilidad de un entorno que permita al ser humano la interacción adecuada con su ambiente (dieta, ejercicio, visitas al médico, abstención de drogas).
- Psicoemocional: que concierne al vivir bien consigo mismo y disfrutar de los logros como resultado de la autocrítica. Implica reconocer que como persona, responsable de sus sentimientos, emociones y pensamientos, ha de preparar estrategias que le permitan vivir eficiente y efectivamente.
- Espiritual: referido a la armonía interna que se experimenta al sentirse parte de un todo. La persona dentro de un espacio del universo se siente cómoda con el lugar, la posición y la participación que su grupo social dentro de su cultura le ha adjudicado pero que él o ella ha personalizado.
- Intelectual: Parte de este componente son el autoconcepto, la creatividad y el aprendizaje. El mantenerse como un aprendiz, como un ente creador y recreador de sí y de su entorno, le permite al ser humano renovarse continuamente. Esa renovación afecta favorablemente su autoestima y su visión de la vida, lo cual le permite una participación activa en su mundo, siendo iniciador de su gestión de vida y no espectador.

En concordancia con el autor, durante ese proceso de interacción e intercambio del sujeto con los otros y el contexto, éste va estableciendo actitudes para responder ante cada etapa de la vida desde sus posibilidades y motivaciones.

Debido a que este proceso dialéctico está permanentemente presente en la construcción de los estilos de vida, el ser humano requiere desarrollar habilidades que le permitan participar de un

proceso de “adaptación” de forma recurrente en sus diferentes ámbitos, por lo que las habilidades sociales (autoestima y asertividad) son reconocidas como destrezas específicas del ser para responder ante las situaciones interpersonales y sociales, que se vislumbran durante su interacción con otras personas (Monjas, 1999 citado por Martínez, 2006).

La constitución de las habilidades sociales se fundamenta en el sistema familiar una vez que el sujeto va aprendiendo los valores, costumbres, conductas sociales y afectivas que son esenciales en el desarrollo personal (Giusti, 1991). Así, durante la socialización el individuo comienza a desarrollar habilidades tales como la resolución de conflictos, selección de preferencias, manejo de la autoridad, conductas orientadas a la cooperación con el otro, capacidad de seguir instrucciones y cumplir con las tareas asignadas, conductas éticas, habilidad de expresar sentimientos y deseos, trabajo independiente, entre otras, que le permiten desenvolverse apropiadamente en otros ámbitos fuera del contexto familiar.

Durante la etapa de la socialización el sujeto tiene la posibilidad de adquirir conocimientos sobre otras normas que le facilitarán discernir entre aquellos comportamientos que pueden ser saludables o no, para su desarrollo personal, dentro del ámbito social. Por ello, lo que adquiere del contexto, afectará positiva o negativamente su estilo de vida. De ahí que, las capacidades pueden considerarse como herramientas potencializadoras de la calidad de vida de las personas, en tanto sean identificadas como factores que protegen su estilo de vida (Fernández y García, 1999 citados por Flórez y otros, 2005).

Considerando lo anterior y en relación con el objeto de estudio de este seminario, se defiende la idea de que los estilos de vida se estructuran desde lo social y lo personal, lo cual implica tomar en cuenta el contexto en que se desarrolla el sujeto y los cambios sociales que se dan en la temporalidad y en su entorno.

Además, considerar las realidades subjetivas permite reflexionar sobre los diferentes estilos de vida existentes dentro de una colectividad (en el ámbito micro y macrosocial) y con ello desprenderse de un “paradigma homogenizador” que pretende comunicar un “estilo de vida único” para todos los sujetos; para colocarse en un lugar desde donde la salud sea vista como

una variable dinámica que se enmarca, parafraseando a Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez en Flórez y otros (2005), en los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona, junto a estilos de vida, recursos personales y habilidades individuales.

De este modo, resulta pertinente asumir una posición activa frente a la salud para poder, desde la psicología, rescatar toda manifestación psicosocial relevante en la configuración de los estilos de vida. Para ello vamos a considerar los “procesos psicosociales” como el conjunto de acontecimientos de orden subjetivo y social que se conjugan a lo largo de la historia de una persona, hasta constituirse en parte de una realidad que, siendo permeada por el entorno físico, social, político y cultural, se puede llegar a internalizar como demanda o puede fortalecer la capacidad de elección que se tiene, según sean las condiciones emergentes.

Serán parte de estos procesos psicosociales: la manifestación de necesidades, intereses y actitudes, así como el grado de motivación que éstas tengan, en convergencia con toda la gama de dimensiones subjetivas y del contexto involucradas en su vida.

## **2.3 Configuración de los estilos de vida saludables**

Acercarse a los procesos psicosociales vinculados con el desarrollo de la persona, incluye de alguna manera, acercarse a toda construcción teórica relacionada con los estilos de vida saludables. Así, resulta pertinente comenzar por el análisis del constructo de “salud”, bajo el cual se van consolidando los estilos de vida y en qué medida éstos comulgan con una verdadera calidad de vida que, de alguna forma, ha sido conceptualizada apoyándose en los aportes epidemiológicos y en las categorizaciones de prácticas de salud, como coadyuvantes en este proceso de configuración de los estilos de vida, que a lo largo de esta propuesta teórica se han de desentrañar.

### **2.3.1 ...Sobre el Constructo de Salud**

Antes de clarificar la concepción de salud, elaborada para orientar la presente investigación, es importante destacar que existen diversos abordajes sobre la salud de una población, todos

mediados por el momento histórico e incluso los intereses ideológicos del momento. Así, con el fin de definir una postura propia respecto a los componentes de la salud que consideramos son necesarios de fortalecer, hacemos referencia a algunas propuestas teóricas que permitirán desembocar tras su discusión, en la posición que con este seminario se rescata.

En principio ha de señalarse la “visión estática y reactiva, en la que se visualiza a la salud como un estado de partida, que si bien puede deteriorarse o perderse, no requiere mayor inversión o acción que aquella que demande una situación de crisis. Desde esta postura la salud es comprendida como la *ausencia de enfermedad*” (Sandoval, Pernudi, Solórzano, Segura y Bustos, 2005, p. 1).

Por otro lado, desde la visión dinámica y preventiva se considera que lo que propicia un estilo de vida saludable, son las acciones y el estilo de vida que asume el sujeto, es decir, se habla de un concepto de salud que va más allá de la mera ausencia de enfermedad. Considera una serie de aspectos tales como el entorno, educación, alimentación, capacidad de desempeño, que tiene que ver con el diario acontecer de la persona (Sandoval, Pernudi, Solórzano, Segura y Bustos, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conciben la salud como un “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad” (citado por Villaseca en Albala y otros, 2004, p. 184). No obstante, a pesar de integrar las dimensiones mental y social y promulgar que la salud es más que la ausencia de enfermedad, esta postura ha sido bastante cuestionada, por cuanto resulta difícil de “operacionalizar” o conceptualizar de forma clara el concepto de bienestar, además de que resulta utópico y hasta estático, hablar de un “completo estado” (Morales, 1999).

Como complemento, la perspectiva positiva que surge de la concepción ideal, parte ahora de definiciones más operativas que presuponen la salud como “una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del organismo a su medio” (Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez en Flórez y otros, 2005, p.61).

De esta manera se ha desarrollado además, una concepción holística de salud en la que se asume que el individuo busca no solamente no estar enfermo, sino también encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la familia, la educación y la calidad de vida en general” (Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez en Flórez y otros, 2005, p.61).

Desde esta perspectiva, la salud se formula como un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas; “...la salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Morales, 1999, p. 25).

Es a esta última postura a la que se apega este seminario, pues en ella se vislumbra un constructo de salud que más allá de una visión biomédica, presenta una opción de salud alcanzable y dinámica, que articulando individuo y sociedad, desemboca en una propuesta no solo holista sino además dialéctica, dejando en claro que es “algo” que se construye y que por tanto tiene que ver con el actuar individual dentro de una realidad social.

En consecuencia, conviene destacar que tanto lo OMS como la OPS postulan que el proceso salud-enfermedad va a ser el producto de las interacciones que se establecen entre la persona y el ambiente social y natural en el que vive, agregan que “es el resultado de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad” (citado por Villaseca, en Albala y otros, 2004, p.185).

De acuerdo con lo anterior, se consideran como “Determinantes Sociales científicamente vinculadas a la salud de las personas” los siguientes aspectos:

- **Gradiente social:** circunstancias económicas y sociales que afectan severamente la salud de las personas a lo largo de su vida. Quienes se encuentran en lo más bajo de

la escala social, tienen el doble de posibilidades de muerte prematura o enfermedad grave que quienes se encuentran en el tope.

- **Estrés:** la permanente ansiedad, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y pérdida de control sobre el trabajo y el hogar, incrementa las enfermedades mentales y la muerte prematura. La activación constante y por largos periodos de las respuestas biológicas al estrés ocasionan depresión, susceptibilidad aumentada a infecciones, diabetes, altos niveles de lípidos y colesterol en la sangre, así como hipertensión y el riesgo de infartos cardiacos y enfermedades vasculares cerebrales.
- **Primera infancia:** es un período fundamental en la vida del sujeto, puesto que las circunstancias y las situaciones que vive, le van a acompañar el resto de la vida. Elementos como el bajo peso, el poco soporte emocional, el crecimiento lento, se convierten en elementos de riesgo.
- **Exclusión Social:** pobreza, discriminación, hostilidad, llevan a las personas a sufrir, en muchos de los casos, enfermedades no solo físicas, sino también emocionales, lo que las hace vulnerables.
- **Trabajo:** el estrés que se puede presentar en el trabajo, es un aspecto que puede ocasionar deterioro en la salud de la persona y como consecuencia disminuir las expectativas de vida. Del mismo modo, el no contar con un trabajo seguro que garantice poder cumplir, al menos con las necesidades mínimas, puede ser una de las múltiples causas de estrés.
- **Desempleo:** la seguridad de un trabajo incrementa la salud y el bienestar. Por el contrario, los desempleados y sus familias tienen un mayor riesgo de muerte prematura.
- **Soporte Social:** poder tener redes de apoyo que no se limiten únicamente al ámbito familiar, permite que la persona mejore la autoestima, posea mayor apoyo emocional y tenga más herramientas para poder enfrentar la vida con una actitud positiva.
- **Adicciones:** el uso de drogas (alcohol, cigarrillo, marihuana, entre otros) coloca a la persona en desventaja social, ya que todas estas sustancias provocan consecuencias negativas en la salud y el bienestar.

- **Alimentos:** la falta de una dieta balanceada o el sobrepeso, pueden provocar desnutrición y otras enfermedades cardiovasculares, al igual que diabetes, obesidad, entre otras.
- **Transporte:** la disminución de las horas de conducción y la utilización, mayormente del transporte público, caminar o andar en bicicleta, traería beneficios tanto a nivel individual (salud) como del medio ambiente (citado por Villaseca, en Albala y otros, 2004, p.186).

Es importante señalar con respecto al estrés que, como determinante social en la dinámica en la cual se desenvuelve el ser humano, puede influir tanto positiva como negativamente en su estilo de vida. Este fenómeno es inevitable en la vida del ser humano, y la diferencia está en cómo cada quien lo afronta o se relaja para percibirlo como un desafío y no solo como una situación adversa, utilizando como se mencionó anteriormente las habilidades para asumir y percibir la situación estresante.

Al respecto Giusti (1991), menciona que si el individuo percibe una situación como una amenaza puede paralizarse; por el contrario, si activa todo su potencial y trabaja con la situación buscando alternativas, ésta se percibe como un reto.

En el momento que el individuo considera un evento como peligroso (porque atenta contra su seguridad, autoestima o contra la posibilidad de satisfacer sus necesidades vitales, estabilidad social, familiar y económica, entre otros) puede generarle un alto grado de estrés, afectando así su calidad de vida.

Por lo tanto, es necesario resaltar la diferencia entre estrés y el distrés, en donde el primero puede propiciar crecimiento emocional e intelectual en el individuo, mientras que el segundo, puede poner en riesgo la salud del individuo generando posibles trastornos. Dicho de esta manera, el ser humano necesita generar o buscar diferentes estrategias para proteger su salud de un distrés que puede repercutir en su calidad de vida (Selye 1974, citado por Giusti, 1991).

No obstante, los factores que originan el estrés pueden ser múltiples y diferentes para cada individuo, debido a que también está acompañado por variedad de sentimientos y emociones ambivalentes.

La caracterización psicosocial de la salud atiende, a partir de lo expuesto, más allá de ausencia de mecanismos o sensaciones enfermizas, o de sus indicadores, a la presencia de una óptima capacidad de trabajo, deseos de actividad, predominio de un sentimiento de bienestar y autorrealización personal, entre otros (Flórez en Flórez y otros, 2005), y por ende, lo primordial en este caso es crear un entorno de apoyo que permita a las personas tener un mejor estilo de vida y que transforme los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (Muñoz y Salinas en Albala y otros, 2004).

Conocer y analizar los elementos anteriormente descritos, posibilita comprender que los estilos de vida están perneados por distintos factores que condicionan su funcionar para poder alcanzar un nivel de salud que se refleje en una vida con calidad.

### **2.3.2 Estilo de vida y calidad de vida**

La construcción de estilos de vida saludables juega un papel valioso en la construcción de una vida con calidad, ya que el sujeto al ser consciente de su estilo de vida puede facilitar o entorpecer las actividades que le destacan.

Es a partir de las décadas de los 70 y 80 que los estudios se concentran en explicar los estilos de vida en diferentes ámbitos sociales como en la orientación profesional, el género femenino y en la vida familiar (Mayo, 1999).

Así, a partir de los años noventas, el estilo de vida es considerado como una estructura unificada de necesidades concretas con valores y actividades, en la que los factores materiales y espirituales se interrelacionan, y regulan la forma y el contenido de cada vida y no como una simple suma de las actividades que emprenden las diferentes personas. Es la manifestación final de la personalidad, así como el punto de partida para su desarrollo. Mediante éste, el individuo y la sociedad se mantienen y restauran (Mayo, 1999).

Giusti (1991), rescata la definición sobre los estilos de vida, considerándolos como modos de vida particulares conformados por un esquema de vida práctico, internalizado, local, sectorial, que asocia la creencia en valores de referencia con actitudes implícitas, modelos de comportamiento subconscientes y hábitos; un lenguaje, sus imágenes, símbolos y estereotipos, modalidades de relación con la información, las instituciones; conductas organizadas de vida familiar, profesional, comercial, social, cultural y de ocio. Esta definición incluye el concepto de *modo de vida* que, desde la posición de Mayo (1999), tendrá que ver con las condiciones de vida de la persona, expresadas en la configuración de los determinantes sociales específicos para cada persona, que van a apreciarse en los distintos niveles de acción de tales condiciones de vida.

Así, el autor destaca un nivel en que las condiciones de vida están dadas por el tiempo histórico y el escenario natural, social, cultural, económico y político en que se desarrolla la persona. Mayo define otro nivel en donde coloca las dimensiones que, aunque determinadas por las primeras tienen acción propia, carácter inmediato y más ligamen con lo subjetivo; éstas tienen que ver con la dinámica familiar, la posición entre hermanos y la constitución biológica. Ambos niveles tienen como denominador común el hecho de que son condiciones dadas, ni elegidas ni construidas y por tanto determinantes objetivos del estilo de vida.

Al lado de estos niveles, Mayo destaca el nivel en el que como resultado del carácter activo del sujeto, de su autodeterminación y elección individual, las condiciones de vida son alcanzadas a partir del desempeño social, de modo que aunque son creadas, no dadas, también pueden fungir como determinantes externos a la persona, resultantes de su estilo de vida.

Desde esta conceptualización, el estilo de vida expresa el modo en que se objetiviza el activismo de la persona en relación con la sociedad y la construcción de su vida.

Mayo agrega que, sería de suma importancia que los estudios profundizaran en los componentes de la estructura interna del estilo de vida como categoría de existencia e identidad propia. Para ello hace referencia a los constituyentes personológicos (aquellas

cualidades comportamentales de carácter integrativo, subjetivamente determinadas, que permiten el conocimiento de la personalidad a través del estilo de vida) para el estudio psicológico del estilo de vida.

Atendiendo a lo anterior y en razón de la finalidad del abordaje de este seminario, en el que se pretende dilucidar la influencia de lo psicosocial en la configuración de los estilos de vida, donde lo subjetivo en relación con lo socialmente establecido cobra especial interés, se considera que los constituyentes que destaca Mayo responden en gran medida al objetivo de la investigación, por lo que aun, sin adecuarse por completo a su propuesta teórica de lo personalógico, se rescatan algunos aspectos que señala como aportes a nuestra postura en torno a los estilos de vida. De acuerdo al autor participan:

- **El Sistema de actividades vitales** u organización jerárquica del conjunto de actividades que realiza la persona: tendrá que ver con el contenido de los nexos con el medio reflejados en el sentido subjetivo que cada persona le confiere, a cada una de las actividades que lo integran.
- **El estilo comunicativo** va a estar relacionado con la calidad, amplitud y durabilidad de la organización jerárquica del conjunto de contactos comunicativos (relaciones interpersonales) que dentro de ella establezca la persona.
- **El sistema de roles:** es la configuración jerárquica y subjetivamente determinada del aspecto funcional (que tiene identidad propia en relación con otras formas de vínculo como status, actitudes, valores) de la relación individuo-sociedad, que integra aspectos como la actividad y la comunicación - a través de las cuales se realiza - y las expectativas sociales e individuales.
- **La orientación en el tiempo:** es la expresión en el comportamiento de las dimensiones temporales que participan en la regulación psíquica del individuo.
- **La autorrealización personal:** entendida como las formas de comportamiento de la persona que expresan la amplitud, selectividad y nivel de satisfacción de la persona con la apropiación de la realidad objetiva y la objetivación de la subjetividad individual.

Los constituyentes mencionados atienden a muchos de los aspectos que desde la postura de este seminario se rescatan en el análisis de la información. Contempla las manifestaciones del acontecer humano en una dimensionalidad psicosocial que rescata lo propio del ser dentro de una realidad social y cultural que le influye al tiempo que se transforma por él.

Otra postura que refuerza este enfoque es la de Ehrenzweig en Flórez y otros (2005), quien argumenta que: “El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socio – culturales de pertenencia y referencia de la persona” (p.139).

De este modo, la posibilidad que tiene el ser humano de transformar su medio social le permite ser un ente activo que puede decidir sobre el estilo de vida que desea experimentar. Este papel protagónico, le da la potestad de mejorar su condición de vida adoptando conductas saludables, con el propósito de modificar su salud y posteriormente su calidad de vida.

En distintas definiciones, la calidad de vida se distingue como un juicio subjetivo de la persona sobre el grado de satisfacción, felicidad y bienestar personal, haciendo también énfasis a la presencia de indicadores objetivos de orden biológico, psicológico, social y económico (Ortiz en Flórez y otros, 2005).

Así lo argumenta Setien (1996), cuando menciona que, la calidad de vida implica una multidimensionalidad de aspectos y que representa el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades materiales y no materiales de los miembros que la componen, manifestándose a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo que poseen los miembros de la sociedad en cuanto a la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos.

Desde esta perspectiva, parafraseando a Setien se puede decir, que una sociedad con calidad sería aquella: donde las necesidades de alimentación, vivienda, abrigo, cuidado de la salud, seguridad, educación, movilidad... están garantizadas, donde exista la no-discriminación,

donde la pluralidad de opciones sea asumida y fomentada y donde las relaciones se basen en la igualdad y el respeto y no en el dominio de unos sobre otros, en todos los ámbitos. Esto significa que los derechos al trabajo, al ocio, a la educación, a la salud, entre otros, sean iguales para todos dentro del marco de riqueza que haya generado la comunidad. Pero también significa que los individuos reconozcan y sientan la satisfacción de esas necesidades.

Otro factor determinante, también mencionado por Setien en la representación de la calidad de vida, tiene que ver con la interrelación entre condiciones de vida socialmente posibles y percepciones subjetivas socialmente influidas, que pueden producir ajustes o discrepancias. Así, de la correspondencia entre buenas condiciones de vida y una percepción positiva, se deriva una situación de “bienestar o calidad de vida”, mientras que la relación entre unas condiciones de vida deficientes y una percepción negativa de las mismas, se traduciría en una situación de “carencia”.

De tal modo, el término calidad de vida incluye, en un sentido amplio:

“todos los aspectos de la vida humana y, por tanto, se acepta como de naturaleza multidimensional ya que abarca no sólo aspectos relacionados con enfermedades o tratamientos, sino también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes (...) supone cualquier cosa que uno pueda imaginar y que le pueda interesar [como] la igualdad, el amor, la libertad, las ideas políticas y religiosas, el mundo laboral, la autoestima, la seguridad ciudadana, los ingresos económicos, el hogar, la satisfacción con los servicios públicos y los gobernantes, la contaminación atmosférica, el medio ambiente...” (Ballina y otros, 1998, citado por López y Latiesa en Consejo superior de Deportes, 2002, p.45).

La calidad de vida entonces, también va a estar basada en percepciones y expectativas individuales, lejos de ser algo estático. En correspondencia con el criterio de Ballina, va a depender del tiempo, a sufrir cambios y reflejar las experiencias de la vida. Contempla la

percepción de los individuos sobre su propia posición de vida, dentro del contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, así como la percepción sobre sus metas, expectativas, estándares e intereses.

La relación entre calidad de vida y estilo de vida se puede observar en la postura de Thorensen y Eagleston (1985), quienes llegan a la conclusión de que para una óptima calidad de vida los sujetos deben tener estilos de vida saludable, ya que de ello depende dicho bienestar (citados por Giusti, 1991).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Fernández-Ríos y García-Fernández (1999) proponen que la calidad de vida y el bienestar tiene que ver con capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional, sentimientos subjetivos de bienestar y satisfacción vital, condiciones socio materiales de existencia y la percepción subjetiva de las mismas, satisfacción por las condiciones materiales reales y psicológicas, percepción subjetiva del nivel de salud personal y percepción de la utilidad del significado de vivir, lo cual se traduce en la forma en que la persona utiliza sus capacidades para enfrentar las situaciones con el objetivo de alcanzar calidad de vida (citados por Ortiz en Flórez y otros, 2005).

Desde lo anterior, queda en claro cómo los autores han concedido al concepto de “estilo de vida” un carácter más dinámico y holista, desarrollándolo con vistas a reconocer su diversidad y el peso que puede tener en la calidad de vida. La elección que las personas hacen de sus estilos de vida representa para ellos, y para este seminario, un elemento fundamental y determinante en su propia calidad de vida de ahí que, el conocimiento fundamental y el valor que el individuo concede tanto a la realidad epidemiológica como a sus propias prácticas en relación con la salud (que incluyen factores sociales, recreación, uso del tiempo libre, actividad física y la salud física y psicológica), permitiría pensar que se puede tener en menor o mayor grado una vida con calidad.

La relación dinámica entre estilos de vida y calidad de vida evidencia, desde nuestra perspectiva de salud, la interdependencia entre las condiciones de salud de una población, los

modos de vida sujetos a una cultura y un tiempo histórico y las prácticas de salud, no solo elegidas sino también posibles de realizar por cada persona.

### **2.3.3 Aportes epidemiológicos a la configuración de los estilos de vida saludables**

Los cambios en los niveles socioeconómicos, educación, mortalidad y expectativas de vida, han transformado de una manera drástica los estilos de vida de la población, lo cual se ha evidenciado en el perfil epidemiológico, donde se ha observado el aumento de la incidencia de diferentes enfermedades especialmente de las enfermedades crónicas, no transmisibles, o sea aquellas que no dependen de la herencia sino más bien de los estilos de vida.

La modificación que ha acontecido en los estilos de vida de los individuos responde, en gran medida, a los cambios en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica aunado a las transformaciones demográficas, sociales y económicas (Castillo en Albala y otros, 2004). Un ejemplo vivo de esto, es que nos encontramos en una sociedad consumista donde, la persona tiene jornadas laborales extenuantes que no le permiten realizar otras actividades que contribuyan a la mejora de su estilo de vida, como hacer ejercicio físico, tener un horario de alimentación regular, recreación, entre otros aspectos.

Todos estos factores han determinado cambios en el estilo de vida, ya que han llevado al sedentarismo, a malos hábitos alimentarios y a vivir una vida permeada por exceso de estrés, donde se disminuye la posibilidad de mantener factores protectores que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Según estudios realizados, el enfoque existente de promoción de la salud, exhibe debilidades para enfrentar los cambios necesarios en el perfil epidemiológico actual del Costa Rica. Entre algunos de los puntos críticos en los cuales se refleja tal situación se destacan: "...una cultura biologista que prevalece sobre el concepto de promoción de salud, falta de aplicación correcta y oportuna de la legislación nacional, escaso conocimiento de los beneficios de la práctica de estilos de vida saludables para el logro del bienestar en los individuos y las poblaciones" (Política Nacional de Salud 2002-2006, 2002, p. 18).

Por consiguiente, cuando el sistema de salud de un Estado se fundamenta en el enfoque biomédico para la elaboración y desarrollo de sus políticas nacionales de salud, éstas fácilmente son enfocadas en la atención de la enfermedad y la vigilancia epidemiológica, descuidando de esta forma, tanto factores psicológicos como sociales, ambos fundamentales para promover estilos de vida saludables en la población a la cual son dirigidas tales políticas (Morales, 1999).

Tal reduccionismo suele provocar un deterioro eminente en la calidad de vida de los individuos, contribuyendo al aumento de ciertas enfermedades estrechamente relacionadas con el estilo de vida que se lleve y por ende, con los diferentes factores de riesgo que conlleva tal situación. Un ejemplo de ello, según las políticas de salud, es el aumento de las enfermedades del sistema circulatorio, lo cual podría estarse presentando “por mayor exposición de la población a factores de riesgo cardiovascular como sedentarismo, obesidad, inadecuados hábitos de alimentación, con aumento en el consumo de grasas totales, estrés, consumo de tranquilizantes, consumo de tabaco, alcohol, hipertensión y diabetes” (Política Nacional de Salud 2002-2006, p. 14).

Así, en razón de que los aportes epidemiológicos permiten visualizar y comprender los estilos de vida, y cómo los cambios sociales intervienen en la construcción psicosocial de dichos estilos, resulta fundamental la reconstrucción de una concepción de salud pública, considerando un mayor nivel de voluntad política en la dirección de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de contribuir con la adquisición de estilos de vida que proporcionen una mejor calidad de vida.

Bajo esta línea, rescatamos la posición de Morales (1999), quien manifiesta que “del mismo modo que la salud y la enfermedad están condicionadas por procesos sociales y económicos, la lucha por la salud también está afectada notablemente por estas realidades” (p.60).

De esta forma, la prevención de toda una gama de enfermedades, va a depender en gran parte, “de que las medidas de salud pública y la organización de los servicios se encaminen a la

generación de comportamientos saludables y a la modificación de los que constituyen riesgo de enfermar para quienes los practican” (Morales, 1999, p.63).

No obstante, a pesar de que en la actual política la promoción de la salud es considerada como una estrategia elemental, para actuar sobre los determinantes de la salud y los estilos de vida individuales y colectivos donde se debe conceder valor a la salud; en el área de intervención el fomento de estilos de vida saludables ha estado fundamentado únicamente en divulgar la importancia de la práctica del deporte, la actividad física y la recreación en espacios seguros; dejando de lado el impacto que tienen los aspectos socioculturales, no sólo en la configuración de tales políticas públicas nacionales, sino también en la instauración de los diferentes estilos de vida que una población pueda llevar.

De ahí la necesidad de reconocer dentro de las prácticas de salud cotidianas, toda categorización que de forma holística, caracterice su implicación en los estilos de vida.

#### **2.3.4 Categorización de prácticas en Salud como parte de un estilo de vida**

Tomando en consideración los anteriores aportes conceptuales acerca de los estilos de vida, se puede determinar que a través del tiempo la manera de suplir las necesidades ha variado, pues actualmente se postula la satisfacción integral, como lo esencial, que se lograría con un proceso de interrelación de las condiciones de vida saludables, haciendo elecciones saludables, estando en ambientes saludables, cuyo producto, evidentemente, define la calidad de vida de los individuos y grupos sociales.

En la actualidad términos como: el apoyo al capital social y la creación de oportunidades constituye un reto fundamental. Arias y Barna en Albala, y otros, (2004), argumentan que en algunos casos la preocupación principal es desarrollar lugares de trabajo sanos y seguros, ampliando las capacidades individuales y colectivas para el logro de una vida más saludable; no obstante, la finalidad principal de los estudios de estilo de vida en el área de la psicología de la salud, se define en un sentido de dirección más holista, que permita investigar los cambios de comportamientos de riesgo y la promoción de salud, pero haciendo mención a los

sujetos sin reducirlos a unidades de análisis parciales, sino considerando su circunstancia socio-cultural y que también los servicios sanitarios se articulan en organizaciones que determinan, y son determinadas por multitud de procesos sociales ( Rodríguez y García, en Álvaro, Garrido y Torregosa, 1998).

Esto indica que “un enfoque holístico del estilo de vida puede revelar que determinados comportamientos no reconocidos como factores de riesgo, pueden resultar disfuncionales para el sujeto por el modo en que se interrelacionan con otros” (Mayo, 1999, p.2), por lo tanto, para la psicología de la salud resulta preciso trascender el nivel analítico y partir por una integración intra e interdisciplinaria en el análisis de los estilos de vida.

En la vida de cada individuo se presenta una serie de elementos que posibilita o limita la construcción de un estilo de vida saludable y con calidad. Su detección en las unidades en estudio de este seminario, permitirá generar algunas alternativas que ayuden a considerar los estilos de vida saludables, más allá de lo físico y lo comportamental, incluyendo lo contextual y lo psicológico desde lo subjetivo y no desde lo patológico. Estos elementos conocidos como factores protectores y factores de riesgo, constituyen piezas fundamentales en la configuración de los estilos de vida, de ellos se desprende en gran parte su manifestación socio-individual, pues reflejan toda una gama de particularidades pero bajo líneas de configuración común.

Se habla de un factor protector cuando existen influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona ante algún peligro que predispondría a un resultado no adaptativo. Un factor protector puede no constituir un suceso agradable, ya que, ciertas circunstancias, eventos temibles o peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares (Castillo en Albala y otros, 2004).

Los factores protectores individuales, familiares y sociales, que se desglosan en los siguientes cuadros, derivados de lo que proponen autores como Salinas y Vio; Muñoz y Salinas; Albala, Vio y Villarroel; Minoletti; Olivares; Bahamonde, Vio y Salinas; Carril; Sánchez, Moreno y Bustos; Pezoa, Vidal y Guzmán en Albala y otros (2004), son los que explican cómo las

personas, las familias o los grupos sociales son capaces de salir adelante ante condiciones que para algunos parecen imposibles.

**CUADRO N°1**  
**Factores protectores en el orden de lo individual**

<b>Factores Protectores</b>	<i>Descripción</i>
<b>Experiencias positivas y estables</b>	Se refiere al crecimiento personal en un ambiente que provea un clima afectivo y acogedor que permita desarrollar conductas de autocuidado y bases sólidas de la autoestima.
<b>Capacidades cognitivas</b>	Tiene que ver con la capacidad de comprender y evaluar situaciones para evitar consecuencias negativas. Favorecen conductas adaptativas necesarias para la supervivencia.
<b>Resolución de conflictos</b>	Se refiere a la capacidad para identificar la forma de enfrentar situaciones adversas y resolverlas de modo satisfactorio. Incluye darse el tiempo para escuchar, ponerse en el lugar del otro, negociar, ser flexible, priorizar, ser solidario.
<b>Habilidades sociales</b>	Contempla el conjunto de destrezas para relacionarse con el medio social, estableciendo lazos activos con el entorno.
<b>Modelos</b>	Conciernen a pautas que permiten orientar el accionar en una dirección clara y con metas visibles de proyección hacia el futuro.
<b>Alimentación saludable</b>	Implica la capacidad para elaborar su propio plan de alimentación saludable, que se ajuste a sus necesidades nutricionales e incluya los alimentos que prefiere y consume habitualmente; que estén disponibles localmente y le resulten económicamente accesibles.
<b>Actividad física regular</b>	Ejerce diversas acciones sobre el organismo tales como la disminución del estrés y el riesgo de obesidad, la mejora en la condición física y el aumento de la autoestima; contribuyendo a mantener una mejor salud y calidad de vida individual y colectiva.
<b>Actividades recreativas</b>	Las actividades al aire libre y el contacto con la naturaleza tales como paseos, juegos en canchas, caminatas, entre otras, son altamente efectivas y motivadoras. Las que usan el movimiento tienen un efecto muy beneficioso para la salud física, mental y emocional.

**Fuente:** Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**CUADRO N°2**  
**Factores protectores en el orden de lo familiar**

<b>Factores Protectores</b>	<b>Descripción</b>
<b>Ambiente familiar favorable</b>	Se relaciona con un ambiente cálido que provee experiencias positivas y estables (protección otorgada a sus miembros y apoyo para afrontar estresores) independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentre el sujeto. Posibilita la satisfacción de las necesidades básicas.
<b>Rol parental claro</b>	Se refiere al estilo democrático (cariño, apoyo, enseñanza y protección), que fomenta la comunicación asertiva, con el que los hijos e hijas son educados para desenvolverse de forma independiente, haciendo uso de su sentido de responsabilidad.
<b>Valoración de la diversidad</b>	Concibe importante dar lugar a todas las posibles opciones y enriquecerse con una mirada distinta, facilitando el adecuado desenvolvimiento, que permita al sujeto trasladar este comportamiento a otros ámbitos de su vida que facilite el buen curso de otras relaciones.
<b>Espacios para la pareja</b>	Estos deben ser caracterizados por la comunicación asertiva entre la pareja y los espacios de recreación compartidos que generan una relación funcional entre ellos, beneficiando a la vez a todos los demás miembros.
<b>Mensajes positivos</b>	Mensajes con expectativas altas que comunican no solamente orientación firme, estructura y desafío, sino que transmiten también, una convicción en la resiliencia innata de los niños y enfatizan las fortalezas y talentos, en vez de los problemas y defectos.

Fuente: Elaboración grupal Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**CUADRO N°3**  
**Factores protectores en el orden de lo social**

<b>Factores Protectores</b>	<b>Descripción</b>
<b>Políticas Públicas</b>	Siempre que brinden las condiciones necesarias para desarrollar estilos de vida y modos de vida saludables, permitiendo que las comunidades, familias e individuos tengan opciones reales para cambiar su conducta; cuando ésta última los pone en riesgo de daños evitables.
<b>Política pública saludable</b>	Instrumento de la promoción de la salud y salud pública. Consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas tener una mejor calidad de vida, facilitándoles hacer elecciones saludables y convirtiendo los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.
<b>Educación sanitaria</b>	La divulgación y educación sanitaria otorga a la autoridad correspondiente la responsabilidad de capacitar a las personas y a los grupos sociales mediante acciones educativas tendientes a compenetrarlos de su responsabilidad en los problemas de salud personal y de la comunidad y para estimular su participación activa en la solución de ellos.
<b>Escuelas Promotoras de la Salud</b>	Centros educativos donde se promueve la formación de generaciones futuras con conocimientos, habilidades, destrezas y sentido de la responsabilidad para cuidar de manera integral su salud, la de su familia y comunidad.
<b>Medios de comunicación masivos</b>	En la entrega masiva que se da, los medios de comunicación “muestran, enseñan y educan”, entregando un cierto tipo de mensajes que los receptores pueden asociar a lo que es bueno o deseable para la vida humana.
<b>Redes de apoyo social - comunitario</b>	Tiene que ver con la generación de vínculos sociales que optimizan los recursos personales para enfrentar el estrés diario producto del aprendizaje de tales interacciones. Construye una subjetividad colectiva que le permite a cada sujeto recurrir a distintos grupos y miembros de su comunidad en caso de que se encuentren pasando por un momento difícil.

Fuente: elaboración grupal Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

Es trascendental destacar, que lo que puede constituirse como un factor protector, puede eventualmente convertirse en un factor de riesgo por aspectos tales como una mala planificación, administración o ejecución del mismo; en lo que puede tener mediación las Políticas Nacionales de Salud de una Nación o los medios de comunicación masivos. Del mismo modo, la ausencia de los factores protectores (anteriormente citados) en la vida de una persona, puede convertirse en un elemento que trae consigo consecuencias negativas, obstaculizando así el desarrollo de una vida con calidad.

Por factores de riesgo se comprende a las características o cualidades de una persona o comunidad, que se sabe va unida a una mayor posibilidad de daño a la salud. Tanto los protectores como los de riesgo, se caracterizan por ser dinámicos y se entremezclan de forma variada (Castillo en Albala y otros, 2004).

A continuación se describen los factores de riesgo de orden individual, familiar y social como resultado de la propuesta de Salinas y Vio; Muñoz y Salinas; Albala, Vio y Villarroel; Minoletti; Olivares; Bahamonde, Vio y Salinas; Carril; Sánchez, Moreno y Bustos; Pezoa, Vidal y Guzmán en Albala y otros (2004), producto, en su mayoría, de una nueva época influida por la globalización, el avance tecnológico, la resignificación del individuo y la familia con incorporación de la mujer al mundo público, aumento del consumo y mayor acceso a la información; con creciente influencia de los medios de comunicación social (Salinas y Vio en Albala y otros, 2004).

**CUADRO N°4**  
**Factores de riesgo en el orden de lo individual**

<b>Factores riesgo</b>	<b>Descripción</b>
<b>El consumo de drogas</b>	Tanto las drogas lícitas como las ilícitas ocasionan dependencia que imposibilitan el desarrollo óptimo del sujeto en todos los aspectos de su vida.
<b>Imagen negativa de sí mismo</b>	Provoca que la persona no se sienta capaz de poder tomar decisiones sobre su propia vida, se siente inferior e incapaz de poder realizar las cosas bien.
<b>Depresión</b>	Se refiere a una patología que provoca que la persona se sienta triste, apática, desorientada, incapaz de tomar decisiones.
<b>Comportamientos transgresores y violencia</b>	El exponerse a violencia física y psicológica tiene consecuencias como baja autoestima, desmotivación, sumisión, repetición de patrones violentos, entre otros.
<b>El aislamiento y soledad</b>	La persona no cuenta con suficientes redes de apoyo para superar momentos de crisis, pudiendo ocasionar consecuencias negativas.
<b>Alimentación inadecuada</b>	Actualmente prevalece en gran parte de la población una alimentación rica en grasas saturadas y altamente calórica, provocando un aumento en todos los grupos de edad hacia la obesidad y otras enfermedades crónicas; relacionadas con la alimentación.
<b>Sedentarismo</b>	Las personas que tienen estilos de vida sedentarios, asociados al proceso de urbanización y modernización tecnológica, están más expuestas a presentar enfermedades crónicas no transmisibles.
<b>Estrés</b>	Condición propia del hombre moderno provocada por las situaciones de tensión o amenaza externa o interna, produciendo alteraciones hormonales y bioquímicas que tienen efectos negativos para la salud.

**Fuente:** elaboración grupal Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**CUADRO N°5**  
**Factores de riesgo en el orden de lo familiar**

<b>Factores riesgo</b>	<b>Descripción</b>
<b>Actitudes y hábitos permisivos y el manejo inadecuado de la disciplina</b>	Está relacionado con el no tener límites claros, especialmente en edades escolares y en la etapa de la adolescencia, propicia la adopción de estilos de vida que van en contra del desarrollo de una vida con calidad.
<b>La mala calidad de relaciones entre padres e hijos</b>	Que no existan relaciones de cuidado que entreguen comprensión, respeto e interés, escucha, confianza y seguridad; puede provocar que la persona busque refugio en otras actividades no aptas para un desarrollo saludable.
<b>La indiferencia</b>	Cuando se es víctima de ésta, los y las niñas sobre todo, pueden adoptar estilos de vida que no le permiten desarrollarse de una manera integral.
<b>Privación de la educación formal</b>	Priva a la persona de un proceso interactivo que proporciona las herramientas valóricas, actitudinales, cognitivas y conductuales que permite desarrollar y potencializar capacidades para actuar en beneficio de la salud personal, familiar y colectiva.
<b>Abuso (emocional, físico, sexual o por negligencia)</b>	Constituye un importante factor de riesgo para la salud integral de la persona que con frecuencia prolonga sus repercusiones a la vida adulta.

**Fuente:** elaboración grupal Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**CUADRO N°6**  
**Factores de riesgo en el orden de lo social**

<b>Factores de Riesgo</b>	<i>Descripción</i>
<b>Políticas Públicas de Salud</b>	Cuando no se enfocan en los determinantes sociales y los condicionantes de la salud, especialmente los relacionados con las nuevas realidades generadas por la modernización, la globalización y por el impacto del modelo de sociedad en la salud de la población.
<b>Medios de comunicación masivos</b>	Cuando los mensajes que son transmitidos están en oposición a los planteamientos de los programas públicos de educación y salud.
<b>Problemas medio ambientales</b>	El aumento en la contaminación del aire, tierra, alimentos, agua y el deterioro y/o falta de espacios públicos para la recreación; conlleva eventualmente al incremento de los estilos de vida poco saludables.
<b>Inseguridad social</b>	En la actualidad se ha generado una percepción de inseguridad y desconfianza en la ciudadanía, provocado principalmente por la violencia y los accidentes de tránsito; lo que fácilmente conlleva a estados depresivos y de estrés.
<b>Pobreza</b>	Las personas que viven situaciones de pobreza crónica, frecuentemente sufren además un quebranto de la salud física y mental.

**Fuente:** elaboración grupal Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

Tal y como lo manifiesta Resik Habid, (1986), “son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales” (citado por Morales, 1999, p. 36); de este modo ninguno de estos factores tienen incidencia en la persona de forma unidireccional, generando siempre las mismas consecuencias, ya que se materializan en la realidad psicosocial del individuo, misma que a su vez los transforma y reinterpreta.

Sin embargo, a pesar de que todos los factores mencionados están íntimamente ligados por lo que deben visualizarse de forma integral y dinámica, no dejan de ser una guía para identificar las prácticas de salud y la orientación que prevalece en ellas ya sea hacia una vida con bienestar y satisfacción o en peligro inminente. Es en gran parte de ellos en que se han basado muchos de los estudios recientes sobre estilos de vida (ver anexo N° 1). Así, destacan aquellos que centran sus objetivos y resultados en:

- Obtener datos de poblaciones específicas, con respecto a estilos de vida, conocimientos y actitudes y generar resultados diagnósticos respecto a períodos ideales para el cambio, o tipos de prácticas protectoras o de riesgo presentes (Moreno, González, Marcos, Jiménez y otros, 2007; Sandoval, Pernudi, Solórzano, Hartley, Bustos y Padilla, 2004).
- Instruir capacitar y promover estilos de vida saludables (Moreno, González, Marcos, Jiménez y otros, 2007; PROEVISA, 2004).
- Demostrar la influencia de factores emocionales como la espiritualidad en la adquisición de estilos de vida con mayor calidad (Navas y Villegas, 2006).

La posibilidad de caracterizar integralmente el estilo de vida de los sujetos tendría múltiples aplicaciones. Haría más eficaz algunas tareas profesionales tales como la caracterización de comportamientos integrales de riesgo, con el objetivo primordial de promover “modelos salutogénicos” que le permitan a los sujetos potenciar sus cualidades positivas, en lugar de enfatizar los aspectos negativos que se encuentran presentes en sus vidas y que no les permite, tener estilos de vida saludables.

En este sentido, es importante que las situaciones que resultan amenazantes para la persona, en su salud, la constitución de estilos de vida saludable y por ende la generación de calidad de vida, se visualicen de forma positiva y propositiva, es decir, que le permitan al sujeto aprender a enfrentar y manejar los problemas, desde una óptica donde pueda darle un sentido objetivo y manejable a tales situaciones.

## **2.4 Promoción de Estilos de vida saludables**

La promoción de la salud trata de acercarse a la raíz de cómo abordar la salud y la igualdad en nuestra sociedad, considerando que ésta es constantemente variable, lo que constituye un enorme reto que delega responsabilidades especiales desde la vida cotidiana.

En contextos como los actuales donde reinan grandes inequidades, la promoción de la salud se presenta como una iniciativa para empoderar a comunidades y crear alianzas entre las

autoridades locales, de ahí la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud o más integralmente del proceso salud / enfermedad (que incluyen los comportamientos sociales e individuales; los niveles económicos individuales y sociales; el nivel de instrucción y educación frente a problemas de salud y de enfermedad; y el medio, o sea, las condiciones de vivienda, trabajo, alimentación y accesibilidad a servicios sanitarios) como elementos dialécticos de una misma realidad (Rodríguez y García, en Álvaro y otros, 1998).

#### **2.4.1 Promoción de la Salud. Las Escuelas promotoras y los modelos salutogénicos de salud**

En la promoción de la salud se aboga por una visión holística de la salud, puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual. Además favorece y estimula la creatividad, la productividad y la satisfacción espiritual.

En la Carta de Ottawa, promulgada por la O.M.S se resalta que promoción de la salud es toda actividad tendiente a proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y para ejercer un mayor control sobre ella (O.M.S, 1986). Para ello debe tomarse en consideración la participación de la comunidad, de diversos sectores sociales como el medio escolar, universitario, sanitario, los actores de la comunidad, la adopción de elementos que posibiliten un pensamiento en pro de la promoción de la salud y el fomento de actitudes hacia la vida que promuevan estilos de vida saludables (citado por Flórez en Flórez y otros, 2005).

Por ende, tal y como lo manifiestan Legetic en Albala y otros (2004), un elemento central en promoción de la salud es la colaboración entre los diversos sectores (educación, sector privado, medios de comunicación, medio ambiente, transporte, etc.), porque la mayoría de los condicionantes de la salud residen fuera del sector salud. Es también clave la participación de todos los sectores de la población en la planificación, implementación y evaluación de las iniciativas. La participación de los diferentes actores y sectores, de manera continua, permite una programación más eficaz y sustentable.

Este trabajo multidisciplinario se está implementando actualmente en el país, por medio del Programa Intersectorial denominado “Escuelas Promotoras de la salud en Costa Rica, 2002”, conceptualizadas éstas como “centros de nivel preescolar, parvularios [escuelas], básicos o medios, en los cuales la comunidad educativa desarrolla y promueve la formación de generaciones futuras con conocimientos, habilidades, destreza y responsabilidad en el cuidado integral de la salud personal, familiar y comunitaria” (Memoria Primera Reunión y Asamblea Constitutiva Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, s.f.).

Cabe resaltar que Costa Rica sirvió de sede para la conformación de la primera Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, en donde se consolidó una red de representantes de los países Latinoamericanos, al igual que la nacional denominada (Comisión Nacional Intersectorial) constituida por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Educación Pública (Arjona y Hernández, 2002).

Tal estrategia de promocionar la salud desde el ámbito educativo, se construyó en Chile tomando como base la experiencia adquirida de los múltiples programas y proyectos preventivos de salud escolar, realizados en ese país latinoamericano por muchos años, por el Ministerio de Educación, sus diferentes instituciones dependientes y por el propio Ministerio de Salud (Memoria Primera Reunión y Asamblea Constitutiva Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, s.f.).

En este sentido, Arjona y Hernández (2002), manifiestan que el desafío de esta alianza entre salud y educación, consiste en desarrollar una propuesta integradora y estratégica para la edificación de ambientes educacionales que promuevan la salud.

Como resultado, este proceso es llevado a cabo en nuestro país, por la Comisión Nacional Intersectorial, a través de la realización de un Plan de Acción Intersectorial, el seguimiento de las actividades programadas y la capacitación permanente de los respectivos funcionarios de salud y educación en temas relacionados con el Programa de Salud y Nutrición Escolar, cuya misión es el “Mejoramiento de la calidad de vida de la población costarricense en el escenario escolar”.

De esta manera, la finalidad última de las Escuelas Promotoras de la Salud consiste en “brindar a niños(as) y adolescentes en el escenario escolar la posibilidad de poder alcanzar un crecimiento y desarrollo saludable, incorporando de forma temprana en sus vidas, estilos de vida saludable, habilidades para la vida, así como prevención y atención de morbilidad prevalente” (Arjona y Hernández, 2002).

Con la implementación de este nuevo concepto, se estaría trascendiendo de la “encasillada” promoción de la salud (prevención y control de las enfermedades) hacia la promoción de la salud desde el ámbito escolar, bajo una visión integral y multidisciplinaria del ser humano, que considera a las personas en su contexto familiar, comunitario y social; desarrollando conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud y la prevención de conductas de riesgo.

Por otro lado Grau en Flórez y otros (2005), destacan los modelos salutogénicos, que en contraste con los modelos de vulnerabilidad, subrayan la importancia de que el individuo interactúe con su medio con posibilidades de enriquecimiento y de desarrollo personal. Contrario a prestar atención a los aspectos más negativos del ser humano, se orientan al fomento de las cualidades positivas, tales como la esperanza, perseverancia, creatividad, espiritualidad, responsabilidad, visión de futuro, fortaleza personal, entre otros.

Considerando lo anterior, los hallazgos que surjan de esta nueva propuesta de investigación, permitirán promover la conciencia social respecto a la necesidad de desarrollar e implementar modelos que potencialicen los recursos individuales, más allá de la homogenización de una promoción de la salud que se ha concentrado en combatir los aspectos de riesgo para la salud, pues es importante que las situaciones que resultan amenazantes para el sujeto, su salud, la constitución de estilo de vida saludable y por ende la generación de calidad de vida, se visualicen como “instrumentos” que le permitan aprender a enfrentar y manejar los problemas, desde una óptica donde pueda darle un sentido objetivo y manejable a su vida, y que de igual modo tales actitudes y prácticas, puedan ser potencializadas desde el ámbito escolar,

contribuyendo así con una verdadera promoción de la salud que nos permita salir del reducido espacio de la intervención terciaria de la salud.

#### **2.4.2 Tendencias conceptuales que sustentan los actuales Modelos de Promoción de Estilos de Vida Saludable**

El reconocer al sujeto como un ente integral, le ha permitido a los diferentes modelos y paradigmas de la psicología tales como: la psicología cognitiva, psicología social y la psicología de la salud; concebirlo como un ser humano dotado de un estilo de pensamiento, un estilo de aprendizaje, un estilo de liderazgo, un estilo de dirección y un estilo de afrontamiento, respectivamente (Mayo, 1999).

Los paradigmas sociales se han encargado de determinar y clasificar desde su perspectiva, “un estilo de vida saludable” considerándolo como adecuado para todas las personas. Estos paradigmas sociales, influyen de forma significativa en la manera de percibir de cada ser humano, haciendo que construya una serie de creencias, esquemas cognitivos y estereotipos, que lo lleven a comportarse de determinada manera en un contexto dado.

Así, el sentido que cada persona le atribuye a su estilo de vida adquiere un valor significativo tanto para ella como para su entorno, por los patrones que socialmente se le han transmitido y que ha transformado a medida que interactúa con su medio social, tomando como referente sus experiencias o vivencias.

Ehrenzweig (2005), refiriéndose a los Modelos de Cognición Social, afirman que: cualquier individuo puede adoptar conductas saludables que contribuyan a su salud y bienestar. Además, han identificado que los individuos no asignan a la salud un valor uniforme, situación que permite inferir, que no para todos la salud es lo más importante en su vida (en Flórez y otros, 2005).

Dentro de esta misma línea de pensamiento, el Modelo de Creencias en Salud (MCS), contribuye de manera relevante, al considerar que las creencias se convierten en un aspecto primordial que posibilita interpretar las conductas de las personas, refiriéndose a la salud.

De esta forma, el valor que cada sujeto le atribuye a su salud, se convierte en el arma primordial para participar como protector de la misma a favor de construir una vida con calidad, o por lo contrario, para ser quien la degenere provocando repercusiones posteriores. Justamente, el ser humano es quien decide desde sus condiciones de vida, el papel que adquiere para construir su estilo de vida saludable.

Por otra parte, el Modelo transteorético de cambio de conducta, resalta que la práctica de actividad física en el sujeto es fundamental, porque puede proporcionarle, a través de una vida activa, una mejor calidad de vida y un estado de salud óptimo (Marcus y Forsyth, 2003).

Con base en esto, el sujeto recibe información de su contexto sobre lo necesario que es pasar de su inactividad o sedentarismo, a realizar actividades físicas para gozar de una “buena” salud, debido a que la vida inactiva, es un factor de riesgo relevante que afecta su bienestar. A pesar de que el Modelo Transteorético contribuye sustancialmente a la incorporación de una vida activa, parte del cambio de conducta en función de la transformación por el aprendizaje de las nuevas prácticas y el reconocimiento de su eficacia, separándose un poco de la historia particular y otros determinantes socio-culturales, no solo a nivel macro sino además a nivel micro e individual.

Socialmente se ha transmitido el mensaje de que “salud es equivalente a realizar actividad física”, por todos los beneficios que indiscutiblemente genera, sin embargo, poco se aclara sobre la forma en que debe ser realizada para que no repercuta de forma negativa.

Al establecer la relación “salud igual a actividad física” se crea en el sujeto la creencia de que su cuerpo solamente necesita ejercitarse para sentir o experimentar un “bienestar integral”, se subestima que la salud como concepto integral implica tanto el bienestar físico, como el emocional, psicológico, espiritual y el económico, las aspiraciones materiales, sociales, laborales y políticas, entre otros aspectos. De esta manera, el ser humano, muchas veces se

limita a ejercitar su cuerpo de manera excesiva y/o a incrementar su actividad física, sin profundizar en aspectos de su estado emocional, espiritual, económico y social, entre otros que también participan en la adquisición y mantenimiento de la salud.

Ante la necesidad de explicar la influencia que tienen diferentes factores en la salud del ser humano, la psicología de la salud considera necesario profundizar en aspectos teóricos y conceptuales de estilos de vida, que respondan a la integración de diversas disciplinas que permitan trascender a un enfoque holístico de los estilos de vida.

De acuerdo con Mayo “un enfoque holístico del estilo de vida, puede revelar que determinados comportamientos no reconocidos como factores de riesgo, pueden resultar disfuncionales para el sujeto por el modo en que se interrelacionan con otros” (Mayo, 1999, p. 2). Por tanto, la posibilidad de caracterizar integralmente el estilo de vida de los sujetos tendría múltiples aplicaciones. Haría más eficaz algunas tareas profesionales tales como la identificación de comportamientos integrales de riesgo patológico no evidentes en conductas que se presentan de forma aislada o unidades elementales del comportamiento.

Desde esta posición, se considera como un aporte valioso el del paradigma social - expansivo, que sostiene que las concepciones y las prácticas de la salud deben ubicar al sujeto en su contexto social (Morales, 1999), como ser integral, sin perder de vista que está mediado por un contexto social y una realidad subjetiva.

Como resultado de este recorrido por los diferentes constituyentes de los estilos de vida y por los paradigmas o modelos, desde los que se puede enmarcar el concepto de salud, que han adoptado quienes rigen su accionar con el propósito de promocionarla y de teorizar sobre estilos de vida cada vez más saludables, considerando lo que cada uno de ellos aporta a nuestra perspectiva de estilos de vida saludable y de promoción de la salud, constatamos que no es posible llegar a un concepto único de “estilo de vida saludable”, puesto que cada estilo se ve permeado por diversos factores que interaccionan de forma dinámica y que surgen tanto a nivel intrínseco como extrínseco del sujeto, movilizándolo en pro de una construcción propia de estilo de vida saludable y por ende de calidad de vida.

El objeto de estudio de este seminario, por tanto se conceptualizó desde el enfoque epistemológico que postula que el desarrollo de las capacidades humanas se produce a través de la interacción con el medio, con la cultura y con la sociedad, para desde el reconocimiento de los procesos históricos y culturales en la potencialización de las capacidades humanas, y la mediación del entorno social en las subjetividades, replantear el constructo de “estilo de vida saludable” rescatando los elementos configurativos que desde el paradigma de salud y en el campo de la psicología de la salud, se han señalado, para reflexionar desde una posición integradora respecto a los procesos psicosociales que participan en la configuración de los estilos de vida saludable, dando importancia a la variabilidad y flexibilidad posibles desde una perspectiva de casos.

Quizás lo dicho permita al lector generar sus propias conclusiones y propuestas respecto a los procesos psicosociales que participan en tal configuración. Su identificación, comprensión e interpretación dialéctica, es lo que se presenta en este documento.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Introducción al capítulo**

Partiendo de los aportes epistemológicos del paradigma histórico-cultural, que guían este seminario, se postula una visión del mundo que será siempre parcial, relativa y contingente a los actores sociales que definen la línea de interpretación en este proceso de análisis de la realidad social de la que somos parte.

Es por ello que se procuró en todo momento, tanto a la hora de construir como de aplicar los modelos metodológicos, tomar en cuenta aquellos elementos que se encontraran en constante interacción con el individuo permitiendo o por el contrario, impidiéndole tener un estilo de vida saludable.

De este modo, el enfoque metodológico considerado pertinente fue el análisis hermenéutico-dialéctico, ya que a partir de él se busca comprender la realidad desde su base interactiva natural, y aquí se rescata el pensamiento de Dilthey (1900) cuando señala que: “Toda expresión de la vida humana es objeto natural de la interpretación hermenéutica” (citado por Martínez, 1997), argumentando que el proceso hermenéutico de conocer puede ser aplicado a cualquier realidad humana en la que incluye el comportamiento en general, las formas no verbales de conducta, los sistemas culturales y las organizaciones sociales, entre otros. Siendo los estilos de vida desde la perspectiva de la salud la conjunción de un sinnúmero de factores, apegarse a este enfoque del conocimiento resultó congruente tanto con la propuesta como con nuestro modo de ver esta realidad.

Desde esta perspectiva la “verdad” es vista como algo parcial, transitorio y relativo. Por tanto toda interpretación de los resultados fue enfocada a la concepción de una realidad que atiende procesos, cuyo desarrollo tiene relación con el tiempo (historia) y la transmisión (tradicción) (Diez de la Cortina, s.f.).

A continuación se explicitan los procesos mediante los cuales este seminario fue desarrollado, considerando la premisa de que accedemos a una realidad siempre parcial y particular,

dinámica y flexible, donde el ser humano cumple un papel protagónico compartido con su entorno en un juego dialéctico que permite reconocer lo valioso de un tema que nos compete a todos pero que requiere de un análisis que supere lo explícito, lo conceptual y lo generalizado para profundizar en lo latente, lo vivencial y lo propio de cada ser involucrado en esta historia social.

### **3.2 Tipo de investigación**

Considerando los objetivos planteados, los referentes que sobre el tema fueron estudiados, los estudios relacionados con la temática que fueron revisados y los intereses del grupo, resultó de vital importancia centrar la investigación realizada durante este seminario en el **estudio de tipo cualitativo**, puesto que desde este enfoque se trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica. Esto por cuanto como se menciona en los antecedentes y otros apartados de este documento, gran parte del abordaje que se hace de los estilos de vida en relación con la salud, considera variables de orden cuantitativo y genera poca información respecto a condiciones de orden psicosocial involucradas.

La investigación cualitativa permite acercarse a las vivencias y experiencias desde una visión holística:

“...se interesa por el significado de las experiencias y valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en el que ocurre el fenómeno estudiado (...) [con la investigación cualitativa] se busca conocer la diversidad de idiosincrasias y cualidades únicas de los participantes inmersos en el proceso...” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p 530).

Con base en lo anterior, es relevante destacar que la investigación cualitativa retoma información necesaria desde la perspectiva de los individuos, ya que estos son los principales protagonistas de lo que experimentan y construyen en sus contextos. Además, se considera que todo lo que se observa y se capta es trascendental, debido a que la realidad está compuesta por procesos sociales que adquieren sentido en su contexto.

La investigación cualitativa se caracteriza por ser flexible, en el sentido de que se va adaptando a la realidad lo cual le otorga creatividad y riqueza al proceso. Implica utilizar y recoger gran variedad de materiales (entrevistas, experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos, imágenes, sonidos) que describen tanto la rutina como las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Rodríguez, Gil y García, 1996).

### **3.3 Descripción del enfoque metodológico**

La línea de investigación cualitativa desarrollada en este seminario, se orientó al *estudio de casos* desde un análisis hermenéutico-dialéctico, en razón de que para profundizar en el constructo de “estilos de vida saludables” e identificar los procesos psicosociales participantes en su configuración, resultaba pertinente la aplicación de un proceso de indagación en el que se accediera a la complejidad de la realidad social, desde la interpretación y la comprensión, pero conservando la singularidad de esa realidad dentro del contexto al que pertenecía. Así, a continuación se detallan ambas líneas de abordaje.

#### **A. Estudio de casos**

Los estudios de casos implican un proceso de indagación que permite abarcar la complejidad de un caso particular a través de un proceso de búsqueda que está caracterizado por un examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de estudio (Sandín, 2003).

Latorre, Del Rincón y Arnal, 1996, citados por Sandín (2003), argumentan que “el estudio de casos constituye un método de investigación para el análisis de la realidad social de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales y humanas y representa la forma más pertinente y natural de las investigaciones orientadas desde una perspectiva cualitativa” (p.174).

Asimismo, Barrantes menciona que el estudio de casos “es una forma de investigar muy útil para el análisis de problemas prácticos, situaciones cotidianas, sucesos inesperados, etc.” (Barrantes, 1999, p. 162).

Pérez (2001), destaca las características más importantes de los estudios de casos señaladas por Martínez, Sánchez y otros (1995, p. 224), refiriendo que:

- El caso apela a un “ejemplo particular”, como unidad individual, sea un individuo, una organización, un programa, un fenómeno o un acontecimiento, debe estar en un contexto temporal y geográfico, con integridad fenomenológica, donde se muestre la estabilidad interna y situado en un marco teórico determinado.
- Exige un “examen holístico intensivo y sistemático”, estudio y análisis exhaustivos que permitan llegar a una comprensión global y profunda.
- Necesita de la “obtención de información”, desde múltiples perspectivas, siendo más precisa su comprensión en la medida en que las perspectivas de análisis sean diversas.
- Implica la “consideración del contexto”, y de forma imprescindible la de las variables que definen la situación.
- Precisa de un “carácter activo”, donde cobra especial relevancia la concepción dinámica desde el análisis de las interacciones que se producen en una situación determinada.
- Se constituye en “estrategias” encaminadas a la “toma de decisiones”. Tiene como potencialidad la capacidad de generar descubrimientos para proponer iniciativas de acción.

Dada la particularidad de la investigación, el estudio de casos nos permitió acercarnos a la realidad de los sujetos seleccionados rescatando la especificidad de los mismos y cómo éstos funcionan como sistemas influidos por hechos externos a ellos, pero trascendiendo sus fronteras para conocer y explicar su realidad de forma dialéctica.

## **B. Hermenéutica**

El enfoque hermenéutico consiste en un paradigma interpretativo comprensivo que permite descubrir los significados de las realidades, interpretarlas en torno al sentido y por ende realizar una comprensión de las mismas, tomando en cuenta el contexto de manera integral.

Así, “...la hermenéutica tendría como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos y los gestos, así como cualquier acto u obra, pero conservando su singularidad en el contexto del que forma parte” (Martínez, 1997, p.119).

A lo largo de este seminario, desde el método hermenéutico dialéctico, se estableció una relación dinámica, entre los participantes y las investigadoras, de modo tal que cada intervención del uno influyó, guió y reguló la siguiente intervención del otro.

Utilizar el método hermenéutico-dialéctico como guía en la construcción, desarrollo y análisis de esta propuesta, posibilitó un acercamiento al conocimiento desde una lógica interpretativa que nos permitió descubrir, comprender y explicar las estructuras o sistemas dinámicos que se reflejaban en los participantes desde lo multidimensional de la realidad, pero también considerando lo recurrente, lo emergente y lo aún insondable, para ubicarnos como científicos sociales en el humilde lugar de un saber dentro de muchos que, siempre desde su limitada o abierta postura, asigna a la realidad un aporte más, pero nunca el único ni el último.

### **3.4 Criterios de selección de los participantes y otras consideraciones**

Como estrategia de investigación cualitativa, se tomó como base el marco teórico desde el cual se analizaba la realidad y el fenómeno al que se deseaba dar respuesta para seleccionar como participantes directos a cinco personas con distintas características y de distintos contextos, atendiendo así las características esenciales señaladas por Merriam desde 1988 para el estudio de casos: particularista, descriptivo, heurístico e inductivo (Rodríguez y otros, 1996).

La selección de los casos se realizó bajo los lineamientos de respeto por lo peculiar, lo subjetivo y lo idiosincrásico, y de confidencialidad con el consentimiento informado (ver anexo N° 2). Por las características del objeto de estudio, se seleccionaron (por un lado), ***casos múltiples*** para estudiar la realidad a través de varios casos únicos a la vez, con el fin de obtener un potencial de información que permitiera robustecer el trabajo con lo que cada caso pudiese aportar o revelar. Por otra parte se complementó el análisis con otras fuentes de información consideradas para este estudio como ***constitutivos claves de información***.

#### **3.4.1 ...sobre los participantes**

Se estableció como único criterio de selección, que los participantes refirieran **no presentar ninguna patología específica diagnosticada**, esto en razón de que gran parte de los antecedentes de esta investigación, evidenciaron el abordaje del tema desde una perspectiva de la enfermedad, pues muchos de los trabajos encontrados en el campo respondían a estudios con poblaciones de personas con discapacidad física o alguna patología específica. En el siguiente cuadro se caracterizan los casos:

## CUADRO N° 7

### Descripción breve de los casos del estudio

Caso A	Caso B	Caso C	Caso D	Caso E
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujer de 49 años, casada con dos hijas de 22 y 25 años.</li> <li>▪ Pensionada desde hace tres años</li> <li>▪ Nivel socio-económico “medio alto”.</li> <li>▪ Ministra de la comunión</li> <li>▪ Prácticas relevantes: Cocinar y caminar con frecuencia. Llevar la Comunión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niño de 10 años</li> <li>▪ Vive con su padre, madre y un hermano mayor</li> <li>▪ Cursa el cuarto grado en una escuela pública.</li> <li>▪ Nivel socio-económico “medio”</li> <li>▪ Actividad social: visitar a su abuelita</li> <li>▪ Prácticas relevantes: Jugar play station y ver televisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujer adulta mayor: 68 años, cincuenta años de casada, 4 hijos profesionales (tres hombres y una mujer)</li> <li>▪ Ama de casa</li> <li>▪ Nivel socio-económico “medio”</li> <li>▪ Actividad social: asistencia frecuente a la iglesia Católica (Legión de María)</li> <li>▪ Prácticas relevantes: visita frecuente al gimnasio, la natación y caminata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujer de 39 años, casada con dos hijos; mujer de 22 años y niño de 10 años.</li> <li>▪ Ama de casa. Por concluir exámenes de grado para una licenciatura.</li> <li>▪ Nivel socio-económico “medio alto”.</li> <li>▪ Actividad social: asistencia frecuente a iglesia Adventista.</li> <li>▪ Práctica relevante: Vegetarianismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombre de 32 años, soltero</li> <li>▪ Profesional en administración (en mercadeo)</li> <li>▪ Nivel socio-económico “medio alto”.</li> <li>▪ Actividad social: asistencia a fiestas privadas</li> <li>▪ Prácticas relevantes: visita regular al gimnasio, competencias de atletismo y práctica del tennis. Lectura. Dedicar mucho tiempo a su trabajo y viajar.</li> </ul>

Fuente: Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

Para mantener la confidencialidad durante todo el proceso, cuando se haga referencia a ellos se utilizarán las iniciales asignadas aleatoriamente con la única intención de que sean reconocidos por características generales expuestas.

Respecto al nivel socio-económico, se anota que es definido tal como fue inferido a partir del discurso de los (as) involucrados (o los padres en el caso de niño), sin embargo no fue elemento de estudio profundo en este abordaje.

### 3.4.2 Constitutivos claves de información como elementos complementarios para el análisis...

En razón del carácter holista de este seminario, se consideró de vital importancia incluir dentro del proceso investigativo, además del análisis de los casos, la contrastación con elementos informativos que sobre la temática en cuestión pudieran aportar dos entes sociales que de una

u otra forma están, desde una perspectiva macrosocial, relacionados con el ejercicio de un estilo de vida saludable. Estos dos entes a los que hacemos referencia son: *profesionales del campo de la salud y proyectos relacionados con el tema de la salud.*

A través de una entrevista y de un grupo focal, fue rescatada la perspectiva de los profesionales, para que desde su experiencia en el campo de la promoción de la salud, contribuyeran a clarificar el tema de los estilos de vida saludables. Se contó con los siguientes expertos:

- Médico. Especialidad (Medicina Interna)
- Planificador. Promotor Social.
- Trabajadora Social con maestría en Psicosociología de los grupos.
- Doctora. Especialidad (Odontología)

Además, se había invitado a una enfermera, dos psicólogas y una docente, con el fin de contar con la opinión de especialistas en distintos campos sociales relacionados con la salud; pero éstos últimos no pudieron asistir.

En el caso de los proyectos, se hizo contacto con personas involucradas en ellos para conocer aspectos básicos de los mismos, relacionados con:

- Constructo de salud desde el cual se plantea el proyecto
- Filosofía del proyecto (visión y misión)
- Objetivos
- Población a la que van dirigidos
- Metodología empleada
- Alcances identificados por sus mismos propulsores

### **3.5 Definición conceptual de las categorías de análisis**

Para efectos de este seminario se utilizaron como elementos de construcción teórica y de interpretación de la problemática planteada, las categorías de análisis, tal y como se describen a continuación:

#### **A. Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida**

Apegadas a la posición paradigmática de la salud planteada por Morales (1999), entendemos como “procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida” a todos aquellos elementos que participan en el complejo sistema de necesidades-satisfacciones y determinantes dentro de las dimensiones individual y social, en los ámbitos locales y nacionales; cuidando la articulación entre lo micro y lo macro de su manifestación en las reflexiones, actitudes y comportamientos que cada persona presenta ante la realidad que enfrenta, de manera permanente en su acontecer diario, y que son reflejo de una construcción histórica permeada por el aprendizaje y las experiencias vividas.

Para conceptualizar de forma sistematizada esta categoría, se desglosó en las siguientes subcategorías:

- a.1 Apreciaciones generales sobre la relación entre lo subjetivo y lo sociocultural.
- a.2 Fundamentos motivacionales que participan en los estilos de vida.

Para explorar ambas categorías se tomó en consideración la información obtenida tanto de los casos, como de los profesionales.

#### **B. Configuración de los estilos de vida saludables**

Entendemos como “configuración de los estilos de vida saludables”, a la disposición de las percepciones, creencias, prácticas y carencias o necesidades en torno a la salud, vista ésta

como una variable dinámica, enmarcada, tal como sugieren Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez en Flórez y otros (2005), en los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona, como forma particular de disponer de los recursos personales y del medio así como de las habilidades individuales, para instaurar una forma de vida con calidad.

Las subcategorías planteadas para la determinación de esta categoría, dieron seguimiento a aspectos de orden afectivo y cognoscitivo y a aspectos manifiestos en formas de conducirse de los involucrados. Así, las subcategorías que se mencionan a continuación permitieron profundizar en aspectos que desde las subcategorías anteriores se vislumbraron:

Como subcategorías se definieron las siguientes:

- b.1...sobre el constructo de salud y su participación en los estilos de vida.
- b.2 Estilo de vida y calidad de vida. Impacto de lo subjetivo y lo sociocultural en la instauración de estilos de vida saludables.
- b.3 Aportes epidemiológicos a la configuración de los estilos de vida saludables.
- b.4 Categorización de prácticas en salud: Mantenimiento de prácticas protectoras o de riesgo para la salud dentro de los estilos de vida.

### **C. Promoción de estilos de vida saludables**

Como “promoción de estilos de vida saludables” entendemos, desde una visión holística de salud, todas aquellas acciones individual y socialmente generadas que como parte de un proceso de construcción, permiten a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual, favoreciendo, estimulando y aprovechando la creatividad, productividad y la satisfacción espiritual de sus ejecutantes de manera continua, considerando el aporte multidisciplinar y la proyección intersectorial.

Para esta categoría se trazaron como subcategorías de análisis las siguientes:

- c.1 Promoción de la salud. Escuelas promotoras y modelos salutogénicos. Proyectos de promoción de estilos de vida saludables.
- c.2 Tendencias conceptuales que sustentan los actuales modelos de Promoción de estilos saludables.
- c.3 Líneas de acción psicosocial para la promoción de estilos de vida saludables.

La definición de las anteriores categorías y subcategorías, permitió clarificar, desde la elaboración de la base teórica del Seminario, hasta los procesos de análisis de los datos obtenidos, las líneas de abordaje, interpretación y comprensión de la temática propuesta, en correspondencia con los objetivos planteados.

### **3.6 Estrategias metodológicas generales del proceso**

Como base del seminario, atendiendo a la intención de construir conocimiento a partir de la comprensión experiencial de múltiples realidades, se respetaron aspectos diferenciales respecto a la investigación cuantitativa señalados por Rodríguez y otros (1996), tales como su carácter holístico (contextualizado, que busca comprender y no diferenciar); empírico (en la medida en que recurre al campo, haciendo énfasis a lo observado en el ambiente natural); interpretativo (sujeto a la interacción, la intuición y el reconocimiento de lo relevante) y empático (en el sentido de que atiende a actores intencionalmente seleccionados, más sin embargo con un diseño flexible y emergente) para que de este modo, sea posible propiciar un marco de referencia que permita a los involucrados representar fielmente sus puntos de vista respecto al mundo y su experiencia.

Por tanto, antes de dirigirse a los participantes clave, se realizó un proceso autoreflexivo dentro del grupo investigador con el fin de despertar, desde la experiencia subjetiva de las distintas individualidades y de su interacción, la inquietud por el tema y con ello lograr obtener una posición consensuada desde la cual partir en este proceso investigativo interpretativo de las distintas realidades que conforman el espacio social. Ubicarse en el lugar

de un ser humano con su propio estilo de vida, con sus orientaciones motivacionales, sus prácticas y acontecimientos, sus perspectivas de “salud”, sus creencias y necesidades, permitió sensibilizar a cada una de las investigadoras más allá de lo que comúnmente se busca y logra en otros procesos investigativos.

Así, además del análisis crítico de textos, se revisó material audiovisual (película: Patch Adams) y documental (“Super sise me”) para profundizar en la discusión sobre los paradigmas desde donde puede ser entendida y abordada la salud, en el caso de la película, y sobre prácticas nocivas para la salud en las que participan elementos sociales, culturales y hasta políticos y económicos en el caso del documental. Además una variable constante en el desarrollo del Seminario fue el autocuestionamiento respecto a la forma en cada una de las investigadoras asumía en sí misma la problemática y desde qué perspectiva analizaría entonces la información obtenida.

Esto permitió al grupo tomar conciencia de su lugar como investigadoras, sujetas a sus propias realidades para desde allí, reconocer sus propias limitaciones desde el orden de lo subjetivo y lo dialéctico del proceso del conocer, pues siendo personas el sujeto que conoce y la fuente del objeto de conocimiento, la influencia mutua y su constante transformación en el proceso han de ser parte de la interpretación y análisis.

Así se tiene que, en relación con las categorías de análisis destinadas para este estudio, descritas anteriormente, además de la indagación teórica y de campo, se eligieron como unidades de análisis sujetos de distintas características para indagar componentes importantes de su estilo de vida y como entes informativos complementarios, los detalles de proyectos existentes relacionados con la temática, y a profesionales dedicados al campo de la salud, quienes desde su experiencia profesional externaron sus opiniones tanto respecto al constructo de estilos de vida saludables como a su promoción.

### 3.6.1 Detalles del proceso investigativo

El proceso seguido para el desarrollo del Seminario podría ser narrado en tres etapas, haciendo hincapié en que de ninguna forma pueden ser entendidas de forma vertical o lineal, ya que durante todo el seminario se hizo uso de lo que podría entenderse como círculo hermenéutico (que se detallará más adelante), en el sentido de que constantemente el pensamiento y la discusión iban del todo a las partes y de las partes al todo con el fin de comprender la realidad desde sus posibles interpretaciones, conscientes de que de manera intersubjetiva llegaríamos por aproximación a grados de verdad, tal como sugiriera Martínez (1997) cuando retoma los aportes de Dilthey, en 1900 a la hermenéutica. Así en los distintos momentos del seminario se hacían acercamientos a la conceptualización teórica, pero también metodológica y en todo momento con una perspectiva dinámica y flexible de modo tal que constantemente cada paso fue sometido a revisión e incluso a modificación o reajuste, según el rumbo que iba tomando la investigación.

#### *A. Etapa inicial: búsqueda de información y sensibilización*

Como fase inicial se puede destacar el proceso investigativo a través de fuentes primarias y secundarias, así como las discusiones intragrupalas respecto a textos, material audiovisual y experiencias personales. Las fuentes primarias se refieren como lo menciona Barrantes (1999) a “las que proporcionan información de primera mano” (p.127). En otras palabras, son aquellas que se tienen que buscar directamente y que proveen un testimonio directo sobre el tema de interés. En el caso de este seminario, además de los libros utilizados, se pueden mencionar las entrevistas realizadas y el grupo focal como fuentes de primer orden ya que nos acercaron al tema justamente desde muchas de las partes implicadas en la **segunda etapa**: la de indagación. Por otra parte, las fuentes secundarias son “compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área del conocimiento” (Barrantes, 1999, p.127). Al igual que aquellas que interpretan y analizan las fuentes primarias. (World Encyclopedia of Library and Information Science).

## **B. Segunda etapa: definición de estrategias, instrumentos y acceso a los participantes**

Atendiendo al planteamiento de los objetivos de la investigación y las categorías de análisis delimitadas, en correspondencia con el enfoque conceptual y metodológico desde el cual se planteó la propuesta, seguido del proceso de investigación teórica y de reflexión sobre la temática se definieron las líneas de acción a seguir para la etapa de campo en la que se entraría en contacto con los (as) participantes claves (estudio de casos), entendidas como unidades de análisis inmediatas y con los constitutivos claves de información (Profesionales, Proyectos). Se determinaron como estrategias de seguimiento, abordar cada caso en 5 sesiones de trabajo, cada una con un tema y objetivo a cubrir (que serán detalladas más adelante), utilizando en ellas distintas técnicas e instrumentos de investigación; a los profesionales mediante una entrevista semiestructurada y con un grupo focal, y los proyectos mediante el análisis del documento y la entrevista (cuando fue posible) de alguna persona involucrada en su desarrollo.

El escenario en el que se trabajó con cada participante, por las características de las sesiones de trabajo se ajustó a la realidad sin modificarla, pero con cierto grado de privacidad de modo tal que no obstaculizara la recolección de la información. De este modo, la mayoría del tiempo, se obtuvo información valiosa, por medio de una conversación coloquial complementada con instrumentos de análisis de carácter autoreferencial o proyectivo, lo cual permitió triangular la información obtenida, de forma integral.

### **B.1 Sobre el planeamiento de las estrategias para la recolección de la información:**

Tal como se mencionó antes, se definieron como estrategias para la recolección de la información:

- Darle seguimiento a los casos a partir de un acercamiento a la cotidianidad de los involucrados en cinco sesiones.
- Acceder al criterio de profesionales en salud, sobre la temática en cuestión a través de una entrevista y luego involucrándolos como participantes en un grupo focal.

- Profundizar en el conocimiento de características principales de algunos proyectos relacionados con el tema de la salud en nuestro país.

### *Sobre el desarrollo de las sesiones*

El planteamiento de las sesiones se realizó atendiendo al proceso de reflexión realizado en la primera etapa. Desde allí y en relación directa con las categorías de análisis propuestas, se consideraron los temas a desarrollar en cada sesión. Sin embargo aunque se trazaron las líneas generales de abordaje, se mantuvo un alto grado de flexibilidad para todos y cada uno de los casos, de modo tal que pudiera darse un proceso de comunicación fluida entre las investigadoras y sus respectivos casos de estudio, atendiendo a los procesos particulares y al tipo de información extraído. De este modo todo el proceso y definición de cada una de las sesiones fueron sometidos a constante evaluación y reajuste según las necesidades identificadas en la sesión previa o emergentes a lo largo del proceso.

A continuación se presenta una breve caracterización de las sesiones realizadas, para luego dar paso a la explicación de las técnicas de investigación utilizadas, y al detalle descriptivo de los instrumentos. En el siguiente cuadro, se presentan los puntos relevantes para que el lector pueda comprender la lógica empleada en el seguimiento de los casos y su articulación con las técnicas de indagación utilizadas y los instrumentos de evaluación que permitieron hacer un acercamiento más específico a la realidad abordada.

**Cuadro N° 8: Breve caracterización de las sesiones realizadas**

<i>Sesión</i>	<i>Objetivo de la sesión</i>	<i>Instrumentos o Técnicas empleadas</i>	<i>Temas o contenidos</i>
<b>1</b> <i>Encuadre y perfil socio-individual</i>	<i>Establecer un primer acercamiento al perfil psicosocial del participante, con el fin de tener una perspectiva general de sus características y formas de vida.</i>	<b>Entrevista semiestructurada</b>  <i>Guía descriptiva sobre sí mismo (trabajo individual asignado)</i>	<i>Presentación. y Encuadre</i> <i>Temas de la entrevista</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Características personales: (edad, trabajo, carácter)</i></li> <li>• <i>Características familiares: (cantidad de miembros, tipos de relaciones, apoyo)</i></li> <li>• <i>Acontecimientos importantes en la vida</i></li> <li>• <i>Sistemas de apoyo: a quién recurre en momentos difíciles</i></li> <li>• <i>Cotidianidad: cómo es un día en su vida, actividades que realiza en su tiempo libre</i></li> <li>• <i>Gustos y preferencias: qué le gustaría hacer, que cosas no le gustan de los demás, de la vida, de la sociedad.</i></li> </ul> <i>Objetivo de la guía: indagar sobre percepción personal sobre sí mismo (a) y tendencias sociales que influyen sobre lo personal.</i>
<b>2</b> <i>Percepción de sí mismo(a)</i>	<i>Profundizar en aspectos subjetivos y sociales que intervienen en su Autoconcepto.</i>	<i>Guía descriptiva sobre sí mismo (trabajo individual asignado)</i>  <i>Conversación coloquial</i>	<i>Identificar qué sintió cuando lo realizó en cada dimensión. Destacar características de lo que escribió en cada una de las dimensiones:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Física</i></li> <li>• <i>Social o de relación con los demás</i></li> <li>• <i>De personalidad</i></li> <li>• <i>De cómo cree ser percibido por los demás</i></li> <li>• <i>Sobre cómo enfrenta tareas o trabajo</i></li> <li>• <i>Características de la cotidianidad</i></li> <li>• <i>Funcionamiento mental</i></li> <li>• <i>Sexualidad</i></li> </ul>
<b>3</b> <i>Proyección de la salud personal</i>	<i>Indagar sobre las características actuales de salud de la persona.</i>	<b>Ejercicio de proyección</b> <b>“Sobre sí mismo y la salud”</b>	<i>Cómo se proyecta la persona en relación con:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Concepto de salud</i></li> <li>• <i>Prácticas de salud</i></li> <li>• <i>Situaciones que relaciona con su salud</i></li> </ul> <i>Objetivo del estudio: Analizar la información a la luz de una perspectiva sociocultural</i>

**Cuadro N° 8**

**Continuación: Breve caracterización de las sesiones realizadas**

<i>Sesión</i>	<i>Objetivo de la sesión</i>	<i>Instrumentos o Técnicas empleadas</i>	<i>Temas o contenidos</i>
<b>4</b> <i>Aspectos psicosociales de la salud</i>	<i>Identificar áreas prioritarias y tendencias conceptuales en el concepto de salud desde lo interrelacional, recursos personales y redes de apoyo.</i>	<i>Segunda Entrevista semiestructurada</i>  <i>Ejercicio asignado: selección de anuncios de televisión que más le llamen la atención (para bien o para mal) y que tienen que ver algo con la salud.</i>	<i>Profundización en aspectos inconclusos en sesiones anteriores. Identificación de condiciones de vida (transición demográfica, motivación, familia y entorno) que marcan el estilo de vida de la persona</i>
<b>5</b> <i>Reflexión sobre prácticas en relación con la salud</i>	<i>Analizar el grado de conocimiento que en torno a prácticas protectoras y nocivas para la salud tiene.</i>	<i>Ejercicio de proyección “Sobre prácticas en salud y sistemas motivacionales”</i>	<i>Relación del conocimiento con la práctica y los sistemas motivacionales con los que cuenta.</i>

**Fuente:** Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

### Descripción de las técnicas utilizadas:

A continuación se presenta una breve explicación de las técnicas metodológicas empleadas para el proceso investigativo. Tanto la entrevista como el grupo focal, permitieron tener un acercamiento con las personas que de una u otra forma colaboraron en este proceso investigativo, del modo más cercano a la filosofía desde la cual conceptualizamos nuestro objeto de estudio, respetando la diversidad y la forma idiosincrásica de su manifestación; reconociendo particularidades y profundizando en dimensiones en posición dinámica pero sin alterar el rumbo, ni el momento de los sucesos descritos o emergentes.

### La Entrevista semi- estructurada:

La entrevista es uno de los medios que permiten acceder al conocimiento, las creencias, los rituales y la vida de una sociedad o cultura (Rodríguez y otros, 1996).

Con la entrevista utilizada en este estudio, se intentó reconstruir lo que para el (la) entrevistado(a) significaba el problema objeto de estudio. Al ser desarrollada en una situación abierta, existía mayor flexibilidad y libertad tanto para el (la) entrevistado(a) como para el entrevistador (ver anexo N°. 3a y 3b).

Esta técnica fue utilizada tanto en el seguimiento de casos (indagando datos generales de su historia de vida y características personales para profundizar posteriormente) como en el abordaje a profesionales de la salud, para conocer su percepción del constructo: “estilo de vida” y desde éste otros relacionados, que permitieran identificar desde su perspectiva personal y profesional los lineamientos generales que sobre el estilo de vida maneja la sociedad costarricense y aquellos que, ellos consideran debería trabajarse más.

## El Grupo focal

Korman, define un grupo focal como: "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación" (citado por Aigner, 2002).

En el grupo focal destacan los procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de temáticas propuestas por el investigador. Por lo tanto, el punto característico es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Como parte del proceso de desarrollo del grupo focal, se explica suficiente y adecuadamente el propósito de la reunión, se insiste en la necesidad de que el participante utilice sus propios conocimientos, experiencias y lenguaje. Así mismo, se explica el contenido y objetivos de cada una de las temáticas - preguntas.

En el presente estudio, el grupo focal se realizó en las instalaciones de la Universidad Nacional, tuvo una duración de dos horas tal como se recomienda y contó con la presencia de los siguientes participantes claves:

- Médico. Especialidad (Medicina Interna)
- Planificador. Promotor Social.
- Trabajadora Social con maestría en Psicosociología de los grupos.
- Doctora. Especialidad (Odontología)

Su conducción estuvo a cargo de todo el grupo, donde la directora del seminario fungió como moderadora y las co-investigadoras como orientadoras del proceso de cierre de la actividad.

Como complemento y método de apoyo se hizo uso de notas, grabaciones y filmaciones lo cual permitió, rescatar con mayor fidelidad el comportamiento global del grupo en términos de reacciones, actitudes, formas de comunicación no verbal, entre otros para el proceso de análisis de los resultados.

El tema de discusión propuesto para el grupo focal se estipuló bajo el siguiente epígrafe: “*Cómo visualizan la participación de los procesos psicosociales en la configuración de los estilos de vida*”. Desde allí se desarrollaron como subtemas:

- *Concepto de estilo de vida*
- *Concepto de salud y salud del costarricense*
- *Prácticas de salud como parte de un estilo de vida*
- *Criterios sobre los paradigmas que sustentan los actuales proyectos promotores de la salud*
- *Propuestas sobre cómo promocionar la salud*

#### Descripción de los instrumentos.

##### **1. Guía descriptiva sobre sí mismo(a)**

Descripción: Este instrumento fue elaborado a partir del **Inventario del concepto de sí mismo**, propuesto por McKay y Fanning, s.f., en el que se solicita a la persona la autodescripción en distintas áreas: aspecto físico, forma en que se relaciona con los demás, características de personalidad, forma en que cree ser percibido por los demás, rendimiento en escuela o trabajo, ejecución de tareas cotidianas, funcionamiento mental, sexualidad. Se eligió como instrumento de indagación en razón de que permite a la persona referirse a sí misma en cada área de forma escrita en sus propios términos y utilizando el tiempo de forma voluntaria (ver anexo N°.4).

Objetivo: identificar cómo se concibe la persona en las distintas áreas de su vida, cómo relaciona eso con la salud y en qué áreas se siente más vulnerable.

##### **2. Ejercicio de proyección 1**

Descripción: se eligió la imagen de una persona, con pocos elementos externos que pudieran orientar la atención hacia una actividad o circunstancia específica, dando más importancia en la selección a aspectos como: similitud con el caso en cuestión en aspectos como edad, sexo, aspecto físico, características socio-económicas. Posteriormente

se le pidió una descripción de la imagen dándole algunas instrucciones simples (ver anexo N°.5).

Objetivo: Identificar qué concepto de salud tiene, las prácticas de salud que mantiene o desearía tener y las situaciones con las que relaciona su salud, la unidad de análisis.

### ***3. Ejercicio de proyección 2***

Descripción: se solicitó a la unidad de análisis “seleccionar uno o dos comerciales, anuncios de revista o periódico” que estuvieran relacionados con la salud y que llamaran su atención. Posteriormente se solicitó: una descripción de la selección realizada, los motivos para elegir, su posición respecto al mensaje recibido y cómo eso ha influido en su diario vivir (ver anexo N°.6).

Objetivo: Indagar sobre conocimientos respecto a prácticas en salud (protectoras y de riesgo) y su relación con motivaciones personales e influencia del medio en la acción personal frente al cuidado de la salud.

### ***4. Actividad de cierre***

Descripción: Por las características del seminario, la actividad de cierre consistió en un espacio simple de reflexión, desde el cual cada uno de los casos, pudo reevaluar el proceso vivido en función del aprendizaje que de sí mismo con relación a la salud que había adquirido, confirmado o transformado (ver anexo N°. 7).

Objetivo: Generar en los participantes un sentimiento de satisfacción por el simple hecho de haberse acercado a sí mismos y despertar el interés por asumir una posición activa frente a su propio estilo de vida y su relación con la salud.

## **C. Etapa de análisis de la información**

Para comprender mejor esta etapa, se ha de enfatizar en el concepto de círculo hermenéutico, ya que concierne a un profundo acercamiento a la realidad, un distanciamiento posterior que permita identificar las particularidades para nuevamente intentar integrar la interpretación desde un todo, sin dejar de considerarlo como parcial, en tanto realidad dinámica y sujeta a

una historia que la precede, influye y transforma, pero que también se define desde su accionar.

En el apartado en que se detallan los procedimientos de análisis se profundizará en aspectos de orden organizativo, estructural e interpretativo. Vale agregar que en esta etapa se utilizó la triangulación de los datos, tanto en el seguimiento de casos como en la interpretación final entre la información generada por éstos y los otros dos constitutivos claves de información.

### **3.6.2 Estrategias para el análisis e interpretación de la información**

Es importante resaltar que el proceso de análisis realizado requirió de una exhaustiva sistematización, donde se realizó un análisis crítico de los aspectos que se consideraron más relevantes. Para ello, se construyeron a partir de las categorías de análisis, matrices de contenido, para el análisis de los casos y de los profesionales y cuadros informativos para el caso de los proyectos, a partir del análisis documental.

Una vez codificada la información obtenida se dio paso a la triangulación, ahora para la interpretación de la misma, ya que como el lector puede haber apreciado, la triangulación, estuvo presente en la integración de enfoques teóricos para la sustentación del estudio y de instrumentos para la recolección de los datos. Con los datos categorizados, se potencializó el proceso hermenéutico-dialéctico como estrategia de análisis; a través de la organización de la información en matrices de contenido, donde caso por caso, según las categorías de análisis, fue clasificado el discurso de los participantes, la aplicación teórica para su exégesis y la interpretación misma, partiendo de los datos extraídos a lo largo de las sesiones con los distintos instrumentos y técnicas aplicadas. De forma similar fue interpretada la información obtenida de los profesionales en el grupo focal, para el caso de los proyectos revisados, se realizó un análisis documental muy general.

Para cada uno de los casos en estudio, se llevó a cabo un detallado y cuidadoso análisis estructural de las dimensiones contempladas, condición que al ser aplicada a cada caso por separado permitió constatar la susceptibilidad de la condición humana a posibilitar múltiples interpretaciones. En cada uno de ellos, siguiendo el círculo hermenéutico como guía del procedimiento de análisis, considerando el traslado del significado del todo al de las partes y viceversa, se concretizó en cada uno la estructura dialéctica que permitió identificar en ellos la intención-significado, la función y el condicionamiento de la acción (en este caso: forma de llevar el estilo de vida respecto a la salud) y desde allí encontrar el sentido que para cada uno tiene tal dinámica y desde “ellos” graficar y teorizar un esquema de comprensibilidad posible.

De este modo, siempre respetando el círculo hermenéutico, viendo la realidad examinada desde los propios actores y en referencia con la tradición, como un todo y con perspectiva empática, se identificaron para cada uno de ellos, las siguientes dimensiones destacadas por Martínez (1997):

- **La intención** o sea, la escala de valores o filosofía de vida que desde el discurso de los casos pareciera “animar y guiar” sus acciones.
- **El significado** de la acción: la comprensión interpretativa del conjunto de detalles en función de una línea coherente, lo que le hace ser importante para el caso en particular, para lo cual fue necesario interpretar cada acción, familiarizarse con la “lógica mental” mediante la cual los actores vivenciaban y expresaban los significados, conocer los contextos y situaciones concretos y particulares en las que hacían su expresión y considerar la influencia del contexto socio-cultural.
- **La función** que las prácticas desempeñaban en la vida de cada uno de los actores, entendida como aquella *meta* perseguida en forma a veces no conciente. Aquello que responde a todo lo latente y no explícito que fue descubierto en el proceso, mediante identificación de gestos o tonalidades, o inconsistencias entre el “decir y el hacer”, todo lo que correspondería a aquellas razones ocultas.
- El nivel de **condicionamiento ambiental y cultural**, concebido como el medio de vida que determina en gran parte la forma de ser de la persona. Representa un “fondo”, contexto u horizonte que desde un conjunto de costumbres, normas, patrones de

conducta, valores, modo de ver y juzgar la vida, de enfocar los problemas y las soluciones, moldea en cierta forma el ser de la persona que en constante dialéctica con el medio se define como ser individual dentro de su realidad social también permeado por ella.

Una vez realizado este acercamiento con los casos se procedió a *describir la estructura*, o sea, dar forma al sistema dinámico de relaciones presentes en cada uno de manera tal que se pudiese aprehender de los datos su “lógica” interna y en relación con el todo, el sentido, la función y lo que le significaba a cada caso, buscando la comprensibilidad de los hechos como cargados de significación en relación con la totalidad, hasta llegar a una síntesis interpretativa en la que se tomó en cuenta la forma en que las personas construyeron su propia realidad, lo que influyó potencialmente en sus estilos de vida y las interacciones que se dieron dentro de los distintos sistemas en los que se desenvolvían.

El trabajo de la triangulación se complementó con el análisis del discurso de los profesionales, bajo un proceder similar al realizado en los casos y con el análisis documental de los proyectos revisados, todos bajo el lente del círculo o espiral hermenéutica con el fin de distinguir, en forma independiente y luego en forma dialéctica, detalles, matices, puntos convergentes y divergentes, e incluso fluctuantes, determinantes para la comprensión del objeto de estudio, y que quizás hayan sido poco considerados en otros estudios dentro de la misma línea.

Como paso final a partir de toda la información analizada se intentó hacer una descripción de la estructura común, rescatando los atributos, relaciones y propiedades emergidas de cada uno de los análisis realizados, en relación con el constructo de “estilos de vida saludables”, como objeto de estudio de este seminario.

Así, este análisis permitió realizar una pequeña reconstrucción analítica de carácter interpretativo de las formas de vida y estructura social del grupo investigado, aproximándose a los procesos psicosociales que determinan los estilos de vida saludables.

## **Capítulo IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

La siguiente síntesis interpretativa, tiene como propósito ayudar a la comprensión e interpretación de la dinámica interna del objeto de estudio. Fue fundamentada en el método hermenéutico-dialéctico desde el cual se distingue la intención consciente que anima la acción del actor, la función que ese accionar juega en el desarrollo de su estilo de vida y hasta donde éste ha sido determinado por el ambiente sociocultural, pues como desde aquí se señala, en las acciones humanas “hay muchas cosas que se explican en el sentido de que implican procesos ‘deterministas’, o al menos fuera del control consciente de la persona” (Martínez, 1997).

Partiendo de que la información fue obtenida del estudio de cinco casos, la visión de profesionales en el campo de la salud a través de un grupo focal y la revisión de proyectos que involucraran los conceptos de salud y estilos de vida, se presentará el análisis realizado a cada caso, un análisis integrador considerando elementos convergentes y particulares evidentes o latentes en la totalidad de los casos, los puntos medulares de los discursos de los profesionales en relación con las categorías de análisis, la descripción de las líneas de acción desarrolladas por los proyectos revisados y su relación con los objetivos del estudio, para concluir con la interpretación del objeto de estudio a partir de la triangulación de los datos extraídos de las tres fuentes de información utilizadas. Tanto para los casos como para el grupo focal se hizo amplio uso de transcripciones y grabaciones (de video y sonido) que permitieron la elaboración de matrices integradoras para el análisis de contenido, considerando cada categoría de análisis, no obstante por su extensión no fueron incluidas en este documento.

A continuación se presentan los cinco casos, siguiendo el orden interpretativo según las características particulares identificadas en cada categoría de análisis para cada uno de ellos. En todos se exponen de forma resumida los resultados obtenidos en la aplicación de cada instrumento, así como el análisis de contenido y su juego de relaciones de forma gráfica para su mejor comprensión, concluyendo con los puntos relevantes que de forma general impactan los estilos de vida de los casos estudiados. Luego se presenta la identificación e interpretación

de los enfoques de salud a partir de los cuales se está conceptualizando el constructo de “estilo de vida saludable”, en función del discurso de los profesionales y de las líneas de acción abordadas en los proyectos. Por último se contrasta con los hallazgos que a partir de los casos fueron identificados, considerando la magnitud de tales datos en función de su nivel de significación.

En todo el proceso se utiliza el círculo hermenéutico, mediante el cual se va del todo a las partes y viceversa, en busca de una buena configuración, respetando la autonomía del objeto, o sea tratando de entender los elementos en el sentido en que son usados dentro de la realidad estudiada, pero a la vez reconociendo el lugar que la tradición que antecede a esa realidad tiene en la intención, el significado de las acciones, la función que desempeña y el nivel de condicionamiento ambiental y cultural que la posibilitan; todo esto manteniendo una “atención activa” tal como se describe en Martínez (1997), para al final lograr encontrar cierto “sentido” a esta realidad que nos hizo plantear la investigación.

#### **4.1 Análisis de los casos en relación con las categorías de análisis propuestas para la investigación**

La interacción que tiene el sujeto con los diferentes contextos, le da la opción de reconocer que posee necesidades subjetivas que desea satisfacer, al mismo tiempo que existen necesidades sociales que le exigen continuamente. La dialéctica entre individuo y contexto hace que éste elabore una conciencia individual y subjetiva que le permite disponer lo que quiere para sí mismo y lo que considera beneficioso para su vida. Bajo el paradigma de la comprensión y la interpretación de las significaciones intersubjetivas, tomando en cuenta los motivos, los propósitos y significados que los sujetos atribuyen a sus acciones y conductas, fue posible profundizar en las unidades de análisis (casos) que se presentarán siguiendo el orden de la tabla N°1, que se muestra a continuación, y de los que se elaboró una tabla descriptiva de los puntos medulares obtenidos con cada técnica e instrumento durante las sesiones (Ver anexo N° 8).

**Tabla N° 1: Tabla resumen de los casos de estudio: características generales**

<b>Caso A</b>	<b>Caso B</b>	<b>Caso C</b>	<b>Caso D</b>	<b>Caso E</b>
Mujer de 49 años. Casada con dos hijas (22 y 25 años). Pensionada desde hace tres años.	Niño de 10 años. Vive con su padre, madre y un hermano mayor.	Mujer adulta mayor: 68 años. Ama de casa. Cincuenta años de casada. Cuatro hijos profesionales (3 hombres y 1 mujer).	Mujer de 39 años, casada con dos hijos; una joven de 22 años y un niño de 10 años. Ama de casa.	Hombre de 32 años, soltero. Profesional en el área de administración, con experiencia en mercadeo.

**Fuente:** Elaboración grupal Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

## **Análisis del caso “A”**

**(Por Angie Bolaños)**

### **Proceso psicosocial**

#### **Lo importante en su vida...**

En la vida del Caso “A”, existen elementos primordiales que le permiten sostenerse en todos los ámbitos en los que se desempeña, como lo son su familia, su fuerte creencia en Dios, sus valores y principios. Todos estos elementos la llevan a realizar determinadas acciones como resultado de la conjugación dialéctica de los mismos.

Ella es casada y madre de dos mujeres (profesionales y de edades entre los 22 y 25 años), hermana de 6 mujeres y 5 hombres. Vive en una zona rural y su casa está junto a la de sus padres y hermanas (os). Hace aproximadamente cinco años su madre murió, situación que marcó su vida. En ese momento, aún se encontraba trabajando, no obstante, fue ella quien durante los últimos meses de vida de su madre veló por su bienestar.

Su familia nuclear tuvo un papel relevante en el proceso de cambio al que se enfrentó, pues como lo menciona Avia en Buendía (1999), “la familia es una de las más importantes fuentes de apoyo, confort, transmisión de conocimiento, valores y formas de estar en el mundo...” (p.93), es en ella en la que se encuentran “frecuentemente las fuentes de apoyo social” (Sarason en Buendía, 1999, p. 41). La siguiente frase extraída del discurso del caso “A”, ejemplifica lo anterior:

*“la muerte de mamá fue muy difícil, yo estaba trabajando y tenía que cuidar a mami, yo la cuidé los últimos dos meses, verla tan mal..., con tanto dolor, pero con ayuda de Dios y mi familia lo logré.”(Entrevista, Caso “A”).*

Para “A” una fuente de apoyo indispensable fue su familia, puesto que se dieron a la tarea de organizarse para ayudarla no solo en sus labores diarias, sino también a nivel emocional. Su

compañía, comprensión y palabras de apoyo se convirtieron en un andamio que le facilitó sobrellevar el proceso de asimilación de la muerte de su madre.

Un año después del fallecimiento de su madre, se pensionó. Ella trabajó durante 27 años y 8 meses para una importante entidad pública, donde se desempeñaba como secretaria administrativa. Ante la modificación de su rol social, su familia le brindó soporte emocional, lo que fue posible gracias a que entre ellos destacan emociones y conductas positivas, como la comunicación, la solidaridad, la afectividad, el respeto, entre otras, que permitieron minimizar las consecuencias negativas y difíciles de la situación por la que estaban pasando.

La importancia de ello la rescata Cobb (1976) citado por Sarason en Buendía (1999), al indicar que quienes reciben apoyo se sienten importantes, estimados, amados y valorados, fortaleciendo la comunicación entre los miembros y a la vez abriendo la posibilidad de contar con los otros cuando sea necesario, además de disminuir la ansiedad.

Para “A” su familia cumplió tal papel: le facilitó sobrellevar los cambios (la muerte de su madre y el haberse pensionado), de manera tranquila y sin mucha ansiedad. Sentirse amada y comprendida le permitió identificar herramientas positivas para manejar adecuadamente la preocupación y tristeza que le generaron dichos cambios. Por tal razón, considera necesario mantener una relación armónica y funcional con los miembros que conforman su familia. Para ella es indispensable la honestidad, el respeto, el cariño, la comprensión y la solidaridad: “En cuanto a la familia que haya comunicación, confianza, respeto y tolerancia. La familia es muy importante”.

Los valores y costumbres a los que hace mención “A”, le fueron inculcados cuando era niña, es por ello que procura mantenerlos vigentes, pues le permiten mantener unida y en armonía a su familia.

También su creencia en Dios infundida por su familia, a quien ella identifica como un ente trasmisor de valores y formas de ver el mundo: “yo me acuerdo que mi mamá me decía que uno siempre tenía que estar con Dios, porque donde está Dios nada falta”, cumplió y sigue

cumpliendo un papel esencial en su vida, pues ella cree que “con ayuda de Dios todo se puede”.

Después de haberse pensionado, comenzó a asumir otros roles en su vida, los cuales según Giusti (1991) “son mecanismos que organizan a los seres humanos para la convivencia social...” (p.49). Partiendo de ello, “A”, además de ser madre, esposa y ama de casa, asumió un papel importante en la vida de su padre, ya que con ayuda de algunas de sus hermanas se ocupa de los quehaceres domésticos de su casa y procura estar el mayor tiempo posible con él. Al mismo tiempo, cumple una labor importante en su Iglesia, como ministra de la comunión.

Todos los roles que asume le permiten sentirse útil (después de haberse pensionado), además representan una forma muy efectiva para ella, de continuar cumpliendo con los valores y costumbres inculcados, lo que a su vez le permite desenvolverse en los diferentes ámbitos a los que pertenece.

Cabe mencionar que la mayoría de las prácticas que realiza están relacionadas directamente con el “don del servicio” que le fue inculcado por su familia de origen y que a lo largo de su vida ha practicado, además de que para “A” Dios es un pilar de vida y la llena realizar cualquier actividad que sea en su Nombre. La siguiente frase lo ejemplifica: “Me gusta ayudar a personas sin conocerlas, para mí lo que más me llena es ayudar a quién lo necesita”.

Según Magaña, Zabala, Ibarra, Gómez y Gómez (2001) “es fundamental que se tenga una escala de valores trascendente que le de sentido a la vida, le permita comprender el por qué de su pasado y la razón final de su existencia. La fe religiosa ayuda a buscar el por qué de uno mismo y la razón de la existencia” (s.p.). Esta visión describe en gran medida el estilo de vida de “A”.

Lo que motiva a “A”, está directamente relacionado con su contexto y con los grupos sociales en los que se mueve, como lo son los grupos religiosos de los que forma parte. Abarca (2003), menciona que la motivación es una “expresión social y una construcción que toma sus ingredientes y contenidos de los procesos de interacción de un sujeto con su medio” (p. 4).

Además rescata que la motivación está constituida por intereses, necesidades y motivos. Uno de los principales motivos de su comportamiento tiene que ver con su historia personal, con todo lo que en su familia de origen le fue inculcado, como lo rescata al decir: “yo me acuerdo que mi mamá me decía que uno siempre tenía que estar con Dios”. Lo anterior refleja cómo los valores infundidos por su madre calaron hondo en su vida al punto de convertirlos en los pilares que la sostienen.

Sus intereses se encuentran relacionados con valores y con llevar a cabo acciones que le permiten cumplir su necesidad de tener a Dios presente en su vida y en sus actos, le proveen de satisfacción y placer, desde la posición de Abarca (2003). Se puede inferir, que por medio de sus acciones logra alcanzar satisfacción personal, pues en lo que hace encuentra bienestar, y va construyendo su estilo de vida, pues con el objetivo de tener a Dios presente en su vida y de cumplir con los valores heredados por su familia, “A” recurre a ser parte activa de su parroquia y a ayudar al prójimo, como se refleja en la siguiente frase “Definitivamente seguiría como estoy... es que me siento muy bien ayudando a los demás...”.

### **Configuración de los estilos de vida saludable**

#### **Su forma de vivir...**

“A” considera que en la medida en que, tanto ella como su familia realicen prácticas saludables, sus vidas serán más satisfactorias; es por ello que procura realizar acciones que generen salud en todos los ámbitos, involucrando en sus acciones a su familia, considera importante mantener una alimentación adecuada y balanceada, libre de grasas, además de hacer ejercicio, ir al doctor rutinariamente y mantener relaciones interpersonales saludables, lo que para ella implica respeto, honestidad, amor mutuo, entrega, entre otros valores. Considera importante ser conscientes de lo que pueden causar las enfermedades y tomar las previsiones del caso, tanto a nivel personal como familiar. Asimismo cree que las acciones traen consecuencias positivas o negativas para la salud, por lo que trata de hacer todo aquello que le genere salud.

En este sentido es posible inferir que el concepto de salud que maneja “A”, es similar al que presenta la OMS, al considerar salud no solo como ausencia de enfermedad, aspecto importante dado que constituye un factor protector en su vida. Asimismo se relaciona con la teoría del modelo de creencias en salud (M.C.S), mencionado por Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez (1997); quienes consideran la valoración subjetiva de una determinada expectativa y que en términos de salud, proponen que el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar podrá prevenir o mejorar el proceso.

Es trascendental destacar que el concepto de salud que maneja “A” está mediado por su historia de vida, es decir por todo lo que aprendió de su familia y que para ella es importante para mantenerse saludable. Así, adquirió de su familia la costumbre de preparar comidas libres de grasas y preservantes, y tratar de curar enfermedades simples como la gripe con medicinas naturales. Al respecto ella menciona:

*“Yo me acuerdo que cuando estaba en la escuela yo pasaba donde mis abuelos y a la hora de comer siempre era olla de carne, y las cosas las sembraban en la casa, sin químicos ni nada y si uno se enfermaba le hacían un tecito de algún remedio casero, no como ahora que uno se compra algo para curarse de una cosa y le descompone otra...” (Entrevista, Caso “A”).*

*“En la preparación de los alimentos procuro que sea lo más saludables sin mucha grasa y poca sal” (Guía descriptiva de sí mismo, Caso “A”).*

Las palabras de “A” permiten ver cómo su historia de vida y las costumbres de su familia están estrechamente relacionadas con su concepto de salud y sus prácticas. Tal concepto lo rescata Morales (1999), al considerar que la concepción holística de la salud está relacionada con factores como la familia, la educación y la calidad de vida en general.

Para ella, parece no existir tiempo mejor que su pasado, ya que considera que “antes” la vida era más saludable, las personas hacían más ejercicio y se alimentaban mejor. Además el tiempo para compartir con la familia era mayor. El siguiente comentario lo refleja: “yo pienso

que todo tiempo antes fue mejor...los valores y todas costumbres yo las continúo teniendo presente, yo no las he dejado atrás, trato de hacer comidas de las de antes”.

Cabe señalar que, a pesar de que “A” considera que el tiempo de disfrute con la familia y de descanso son importantes para la salud, se observa que las actividades a las que “debe” asistir, en ocasiones no le permiten compartir con sus hijas o esposo según menciona:

*“Yo siempre tengo que hacer cosas, tengo que acomodarme con la agenda porque sino me enredo toda. Un día mi hija me dijo que nos metiéramos a un curso de cocina y le tuve que decir que no porque no tengo tiempo” (Ejercicio de proyección, Caso “A”).*

Aún cuando su familia es un pilar en su vida, decide participar en actividades que ocupan la mayoría de su tiempo, lo que eventualmente podría significarle un elemento de riesgo para su salud. No obstante, tiene claro que en la vida todo son decisiones y que lo que hace le permite sentirse satisfecha, pues está cumpliendo “con su necesidad de estar al servicio de Dios y de los demás”. En este sentido Giusti (1991), rescata que es la persona quien tiene la potestad de decidir qué es lo que le satisface o no y por tanto lo que le produce bienestar, por lo que a partir de ello las decisiones que se tomen irán dirigidas a buscar lo que produzca satisfacción y bienestar.

Con respecto a la importancia del medio social en la configuración del estilo de vida, Soto y otros (1997), plantean que el ser humano es un ente social, espiritual y religioso, que se encuentra en un proceso constante de adaptación a su medio ambiente, por lo que en la configuración de su "Estilo de vida" intervienen los valores propios, tales como son los religiosos, los históricos, los culturales y los sociales, que deben encontrarse en un estado de equilibrio. “A” lleva a cabo una serie de prácticas (asistir a los grupos de la Iglesia y participar activamente en sus actividades e ir con su familia a la finca que poseen en Orotina, la cual le remonta a su pasado). Su concepto de calidad de vida por tanto está relacionado directamente con estos factores, ya que ella relaciona tener un estilo de vida saludable con la posibilidad de tener tranquilidad (que se relaciona con su concepto de Dios y de religiosidad) en su vida y de perpetuar constantemente los valores que la sostienen como persona.

Lo anterior está estrechamente relacionado con lo que menciona Ehrenzweig en Flórez y otros (2005), pues rescata que “el que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de los sistemas socio-culturales y de referencia de la persona” (p.139).

Con respecto a ello los factores protectores que posee “A”, que según Castillo en Abala y otros (2004), se refieren a aquellos que mejoran, modifican o alteran la respuesta de una persona ante algún peligro, asimismo se rescata que pueden o no ser un suceso agradable, pues ciertas circunstancias temibles o peligrosas pueden hacer más fuertes a los individuos, como lo son las muertes. Con relación al caso A, dichos factores se evidencian en el siguiente cuadro:

<b>Factores protectores en la vida de “A”</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias positivas y estables provenientes de su medio.</li> <li>• Clima afectivo.</li> <li>• Capacidad de evaluar situaciones y comunicar lo que siente.</li> <li>• Habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol parental claro</li> <li>• Redes de apoyo comunitarias.</li> <li>• Actitud prepositiva y activa.</li> <li>• El tipo de relación y de enganche emocional que tiene con su familia, así como el concepto de Dios que rige su vida.</li> </ul>

En relación con el soporte social como uno de los factores protectores, como lo menciona Villaseca, en Albala y otros (2004) poder tener redes de apoyo que no se limiten únicamente al ámbito familiar, permite que la persona mejore la autoestima, su sentido de pertenencia a un grupo, y además incremente su cuidado personal, en cuanto a la salud se refiere. Esto además propicia que se posea mayor apoyo emocional y se tengan más herramientas para poder enfrentar la vida con una actitud positiva. Desde lo anterior se puede identificar que la relación que “A” tiene con su comunidad constituye un factor protector muy importante en su vida.

El mismo concepto de salud que maneja “A” podría representar otro factor protector, en la medida en que para ella una persona saludable es aquella que come “saludablemente”, hace ejercicio, mantiene relaciones sociales armoniosas con todas las personas, visita al médico constantemente, se encuentra bien consigo misma y tiene a Dios como parte de su vida. No

obstante se debe rescatar, que no cumple a cabalidad todo lo que para ella implica una buena salud, puesto que aunque conoce de su importancia, dejó de hacer ejercicio físico.

Cabe recordar que la cantidad de horas que le dedica a las actividades de la Iglesia, y las funciones que debe realizar no le permiten, en alguna medida, descansar lo suficiente y relacionarse como quisiera con su familia, elementos que constituyen factores de riesgo en su vida.

### **Promoción de estilos de vida saludables**

#### **Para mantener la salud es necesario...**

En correspondencia con el concepto de salud que maneja “A”, se rescatan ciertas prácticas de salud que sigue y que podrían asociarse con un estilo de vida saludable y que fueron internalizadas desde la época de su socialización primaria.

Entre las prácticas se pueden mencionar el “comer saludablemente”, lo que para ella implica preparar e ingerir comidas sin grasas y comer frutas, verduras, hacer ejercicio, tener momentos de esparcimiento que propicien el bienestar emocional, mantener buenas relaciones interpersonales, además de participar en actividades de la Iglesia que la acerquen a Dios. Estos elementos han sido rescatados en varias investigaciones (Soto y otros 1997; Prieto y Nistal 2003; Navas y Villegas 2006; Rodríguez y Agulló 2007) como factores protectores y potenciadores de salud.

Además “A” constantemente está pendiente de la salud de su familia, pues es ella quien se preocupa por los exámenes médicos que deben practicarse cada año.

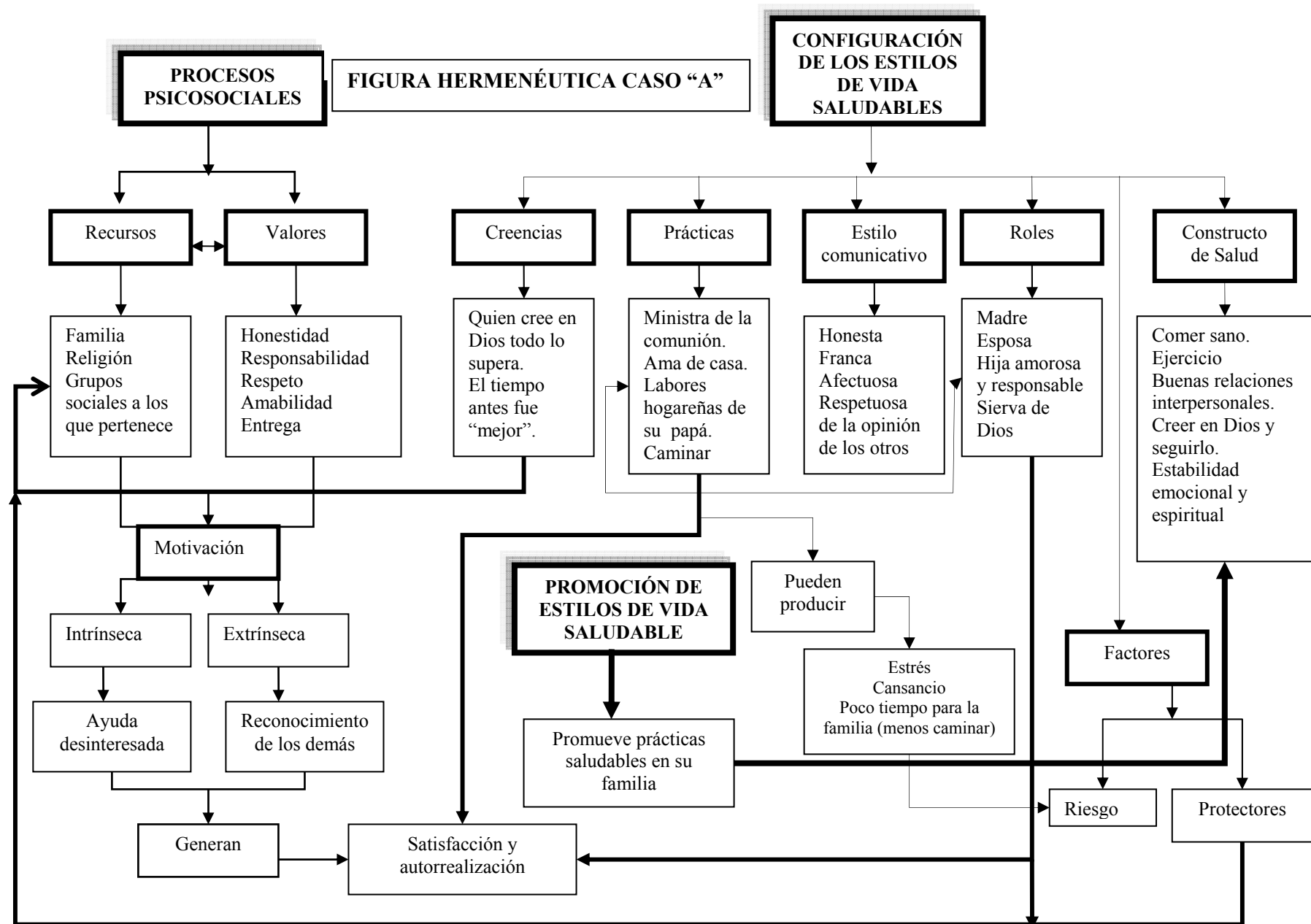
*“Bueno yo me preocupo por el papanicolao que es cada año, ahora la mamografía. Inclusive cada cierto tiempo voy al doctor, yo voy llevando como un control, con Jorge también, por ejemplo que tiene que ir a hacerse el examen de la próstata o las chiquillas que tienen que ir al dentista” (Entrevista, Caso “A”).*

De lo anterior podría inferirse que ella cumple una función de promotora de la salud en su familia, al menos en el plano de lo físico, tomando en cuenta que la promoción de la salud según Sánchez y Albala (en Albala y otros 2004) “se entiende como promoción de la salud, la entrega de herramientas, conocimientos y habilidades a las personas, familias o comunidades para llevar una vida más sana, larga, libre de enfermedad y discapacidad”.

En este sentido ella toma una posición activa que le permite generar y promocionar acciones saludables para su familia, las que a su vez participan en la construcción de estilos de vida saludables.

Finalmente se debe mencionar que la forma de vivir de “A” está intrínsecamente relacionada con las creencias en salud que le fueron transmitidas por su familia de origen, mismas que hoy en día rigen su vida y la manera en que educa a sus hijas, pues trata de transmitirles todos los valores que considera significativos para mantener una vida con calidad. Al respecto Castillo en Albala, 2004), menciona la importancia de tener “modelos de vida que orienten al sujeto en su proyección a futuro” (p. 164). Asimismo rescata que “el ambiente familiar es donde se aprenden conductas de socialización (...) y es el terreno de ensayo para las conductas que serán utilizadas posteriormente en el mundo exterior” (p. 164); palabras que se ven reflejadas en el modo de vida de “A” y que se rescataron a lo largo del análisis.

La siguiente figura rescata la articulación de todos los elementos de análisis señalados a lo largo de esta disertación, considerando la estructura global dentro de la que convergen las tres categorías de análisis, con sus respectivos puntos medulares.



La historia de vida de “A”, principalmente aquella en la que se ven reflejadas las relaciones con su familia de origen, ha marcado de manera significativa la construcción de su estilo de vida.

La figura anterior pretende reflejar cómo el estilo de vida de “A”, está relacionado directamente con las experiencias vividas con su familia de origen. Para ella es importante reflejar en su desarrollo como persona, los valores y costumbres aprendidos durante su proceso de socialización.

Partiendo de ello, es posible identificar a través de la figura, que la manera en que “A” se relaciona con los demás y en que educa a su familia, está estrechamente ligada con todo el conocimiento que adquirió de sus padres y hermanos, aspectos que se convirtieron en “máximas” en su vida.

En este sentido la intención que persigue “A” al llevar a cabo sus conductas, está dirigida a cumplir con todo lo aprendido años atrás. En otras palabras, busca reproducir los valores y costumbres que considera indispensables para llevar un buen estilo de vida. Todo esto la acerca en alguna medida a sus recuerdos y deseos, lo que la motiva a actuar desde allí hacia su familia y demás personas. El significado de sus acciones se dirige a remontarse en la medida de lo posible a su pasado, a sentirse de alguna manera conectada con un espacio de tiempo que le ha servido de andamio para su vida presente.

Por tanto la función de sus acciones se dirige a perpetuar sus valores, costumbres y creencias, lo que se ve claramente reflejado en las siguientes palabras “todo tiempo antes fue mejor.” Sin duda alguna, esto tiene que ver con su socialización primaria y con la realidad socio-laboral previa como niveles de condicionamiento.

“A” hace una sobrevaloración de su pasado, pues para ella lo que vivió años atrás es mucho mejor que lo que vive actualmente, refiriéndose a la sociedad en general. Es por ello, que en ciertas ocasiones se desilusiona del presente y añora volver al pasado para alcanzar el estado de bienestar deseado. Ahora bien, relacionado con ello, trata de revivir lo aprendido, con su familia nuclear pues menciona que “el tiempo puede pasar, pero los valores no”.

## **Análisis del caso “B”**

**(Por Natalia Rivera)**

### **Procesos Psicosociales**

#### **“Mi Mundo me Define”**

Los procesos psicosociales sin duda alguna, juegan un papel trascendental en la configuración del estilo de vida del niño, ya que tiene que ver con las realidades sociales que le permiten entender, aceptar y explicar el estilo de vida que esta construyendo.

La manera de cómo percibe el entorno y además cómo se comporta en el contexto en que se desarrolla, parece presentarse como respuesta a la realidad social y al discurso de sus padres, incidiendo en su estilo de vida.

De acuerdo con los diferentes instrumentos aplicados al niño, se pudo observar cómo las creencias de sus padres han influenciado de manera directa el modo de vida que posee, pues ha internalizado un discurso que podría ser considerado como “excesivamente normativo, rígido y estático”, sujeto a las limitaciones del medio, a veces sobrevaloradas, que reproduce en su vida cotidiana.

Esto se evidencia en el hecho de que el niño constantemente en su discurso menciona que no realiza actividades deportivas ya que pasa siempre en su casa y que en muy pocas ocasiones utiliza las instalaciones recreativas de la comunidad debido a la inseguridad ciudadana, lo cual ha provocado que no se relacione con sus pares y que tenga una vida sedentaria, debido al miedo que en cierta forma los padres y la realidad social le han transmitido a partir del discurso. Esto se puede ejemplificar con los siguientes comentarios:

*“Siempre juego dentro de mi casa porque están robando mucho” (Guía descriptiva, Caso “B”).*

*“Ay no yo no voy solo, porque a mi mamá no le gusta que esté solo ahí y además es muy solo por ahí y me da un toque de miedo” (Ejercicio de Proyección, Caso “B”).*

*“Díay porque roban mucho o por algún extraño que quiera hacer algo malo, además a veces van la gente mas grande a los parques para hacer cosas malas como los drogadictos, dice mi mamá” (Ejercicio de Proyección, Caso “B”).*

Con los ejemplos citados anteriormente, se puede evidenciar cómo el niño ha hecho propio el discurso de sus padres, lo cual ha provocado que en su estilo de vida la recreación al aire libre y la necesidad de relacionarse con sus pares quede en un segundo plano y no se le otorgue importancia, constituyéndose así en un factor de riesgo para la salud.

Es precisamente así, como el niño a través del contexto sociocultural ha internalizado una serie de roles, patrones, principios y valores que le han permitido construir su estilo de vida, que evidencia como éste obvia o diluye sus necesidades de relacionarse con sus pares y con la naturaleza en función de sus padres, pues responde a los lineamientos del medio en que se encuentra. En relación con esto Salinas y Vio en Albala y otros (2004) señalan que la modernización ha traído consigo un aumento de estilos de vida poco saludables, caracterizados por problemas medioambientales, violencia e inseguridad de las personas, alimentación inadecuada, sedentarismo, entre otros. Así, podría pensarse que la condición etérea que posee este caso, según sugiere un estudio (Moreno y otros, 2007) referido a los conocimientos y actitudes de los adolescentes, en relación con algunos aspectos de la salud, le coloca en una situación de vulnerabilidad que orienta hacia un estilo de vida cuyas dimensiones hasta hoy desarrolladas van en detrimento de un estilo de vida saludable.

Esto por cuanto el constructo de salud que el niño posee, también responde a su realidad, determinada por una cultura, una historia, un contexto, religión, estatus social y por condiciones sociales, económicas y políticas que influyen en la manera como se percibe a sí mismo y al entorno; además, en cómo se comporta de acuerdo con los hábitos de vida que ha asumido a raíz.

El constructo de salud del niño tiene una relación directa con el proceso de socialización vivido, en el que se mantiene un modelo biomédico, que le resta importancia a los factores psicológicos, sociales y a la parte de recreación y actividad física, es decir no se visualiza de una manera integral, situación que coincide con la propuesta de estudios en los que se enfatiza la dimensión física de la salud (Jacoby, Bull, Neiman, 2003; Varo, Martínez, y Martínez, 2003).

Es decir, posee una visión estática, donde se visualiza la salud como un bien puramente físico, donde se mantiene un enfoque fragmentado de la salud-enfermedad: el cuerpo del

ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño de la máquina y el médico el llamado a reparar el daño.

Esto se evidencia en lo mencionado por sus padres sobre qué es Salud y cómo se puede mantener, en los siguientes comentarios:

*“Para mi es necesario para tener una buena salud es muy importante comer bien, muchas frutas y tratar de no comer comida rápida. Además visitar al doctor por lo menos una vez al año, hacerse un chequeo general” (Entrevista, Mamá).*

*“Es la ausencia de enfermedad. Tener el organismo en buen estado” (Entrevista, Papá).*

Lo citado anteriormente permite evidenciar que “el que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socio – culturales de pertenencia y referencia de la persona” (Ehrenzweig, en Flórez y otros, 2005, p.139).

Sin duda alguna, el niño a partir de la socialización y los procesos psicosociales ha llegado a internalizar una serie de pautas y hábitos, que conforman su estilo de vida actual y que en un futuro influirán en su salud.

## **Configuración de los estilos de vida**

### **“Los Otros y Yo”**

Los estilos de vida se estructuran desde lo social y lo personal, lo cual implica tomar en cuenta el contexto en que se desarrolla el niño y los cambios sociales que se dan en la temporalidad y en su entorno haciendo eco en sus creencias. Lo anterior evidencia el estilo de vida que adopta el niño, situación que se refleja en sus actos, actitudes y prácticas que desarrolla en su vida cotidiana.

El sedentarismo es uno de los factores de riesgo que caracterizan el estilo de vida del niño, debido a que en muy pocas ocasiones realiza actividad física, pues la mayoría del tiempo libre lo invierte en ver televisión o juegos electrónicos.

Dicha situación se evidencia en los comentarios del niño, cuando menciona:

*“me quedo en mi casa cuando llego de la escuela y veo tele o juego play y hago las tareas” (Ejercicio de Proyección, Caso B).*

*“En mi casa solo juego play o así como ver tele o a veces juego con “X”[hermano] juegos de mesa pero casi nunca salgo” (Guía Descriptiva, Caso “B”).*

*“Hace mucho que no voy, yo donde juego de correr o así que no sea ver tele o así es en la escuela en los recreos pero son muy chiquitillos” (Guía Descriptiva, Caso “B”).*

En este sentido, podría pensarse que entra a ser parte de una realidad que se viene denunciando en el país y el mundo (Varo, y otros, 2003; Sandoval y otros, 2005; Bull y Neiman, 2003) en la que los cambios en los estilos de vida cada vez más, conducen a patrones inactivos sumergidos en “la comodidad y el esfuerzo mínimo” gracias a las “armas” tecnológicas y otros factores ya citados, como inseguridad.

Otro factor de riesgo que se pudo encontrar, es el hecho de que el niño en muy pocas ocasiones realiza actividades recreativas al aire libre, esto ha provocado que no tenga relación con otros niños de edades parecidas en su comunidad, lo cual dificulta sin duda alguna su desarrollo.

Las redes sociales de apoyo en la comunidad son nulas, debido a que no tiene ningún tipo de contacto con sus vecinos, esto hace que se presente como un factor de riesgo, pues provoca que el niño tenga menos oportunidades para desarrollar recursos personales para enfrentar situaciones en su vida, ya que estas interacciones permitirían a los miembros de la familia ampliar su base de apoyo a los distintos ámbitos, mucho más amplios de lo que pueda aportar ninguna familia en particular.

Esto se puede evidenciar en el siguiente comentario:

*“Es que yo no conozco a nadie aquí, no sé si hay otros de mi edad...” (Ejercicio de Proyección, Caso “B”).*

*“El play es muy bonito y grande puede correr uno montones y jugar fútbol o quedo. Pero nunca voy” (Ejercicio de Proyección, Caso “B”).*

La restricción que posee el niño, de no relacionarse en muchos casos con sus pares, lo limitan únicamente al ambiente familiar, provoca que se presente una obstrucción que dificulta el desarrollo de aspectos como: una mejor autoestima, un mayor apoyo emocional

y a la vez acceso a más herramientas para poder enfrentar la vida con actitudes más acertadas y con menos temores, desde donde se podría reforzar el concepto de salud.

El sedentarismo y la falta de contacto con otros niños, constituyen elementos trascendentales para el desarrollo de consecuencias negativas, que no favorecerán en un futuro la salud del niño. Algunas de estas consecuencias podrían ser: problemas en la salud física (por ejemplo obesidad), dificultad para relacionarse con sus pares (iguales) y para la resolución de conflictos, entre otros; tal como destacan: el estudio llamado Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición (Moreno, Gonzáles, Marcos y otros, 2007) y también en el estudio Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo (Varo, Martínez y Martínez, 2003).

Otro factor de riesgo lo constituye el hecho de que el niño ha internalizado un concepto de salud que solo pone énfasis al control médico y alimentación, lo cual responde a un modelo biomédico, en el que se deja de lado la importancia de la recreación y otros aspectos psicológicos.

Los factores de riesgo anteriormente señalados juegan un papel fundamental en el desarrollo del niño, pues la niñez es un período de transición en la vida, en el que se establecen comportamientos que pueden incidir en la construcción de su estilo de vida.

No obstante, también se pueden destacar algunos factores protectores en el estilo de vida del niño, los cuales como lo propone Castillo en Albala (2004), son los que explican cómo las personas, las familias o los grupos sociales son capaces de salir adelante ante condiciones que para algunos parecen imposibles, como es el hecho de que convive en un ambiente familiar cálido que le provee de experiencias positivas y estables, que permite la satisfacción de las necesidades básicas de sus miembros. Igualmente, existe un rol parental claro donde el cariño, apoyo, enseñanza y protección fomenta la comunicación asertiva entre los miembros de la familia.

Lo anterior se puede ejemplificar con el siguiente comentario de los padres:

*“Nosotros tratamos de que haya mucha confianza entre nosotros. Siempre tratamos de solucionar los problemas entre nosotros, hay mucha comunicación creo yo, que es muy importante para tener las reglas claras y evitar problemas” (Entrevista, Mamá).*

*“Algo muy importante es tener los límites bien claros y el respeto, creo que eso es más que todo lo que caracteriza a esta familia” (Entrevista, Papá).*

Los factores protectores anteriormente citados juegan un papel fundamental en el desarrollo del niño, ya que le permitirán tener una vida con calidad.

## **Promoción de la salud**

### **“Mis pequeños Horizontes”**

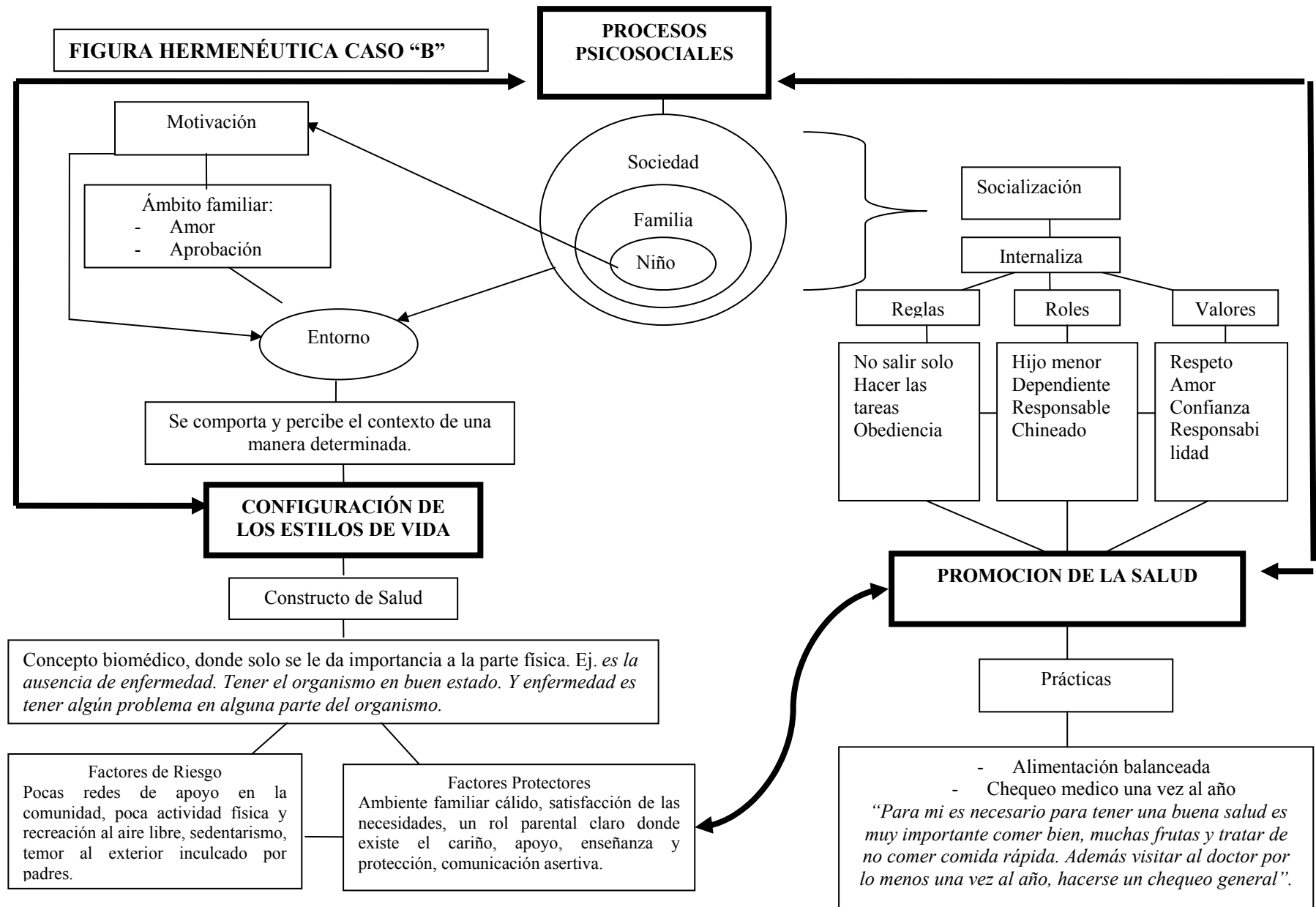
Es importante mencionar, que debido al concepto de salud que la familia y el niño poseen, fundamentado en el modelo biomédico, no se visualiza la importancia de incorporar actividades, tales como: socialización del niño con sus pares, espacios de juego al aire libre, actividad física y espacios para el disfrute en su entorno, lo cual hace pensar que tanto los padres como el niño no consideran estos elementos como indicadores de bienestar y salud.

En el grupo familiar del niño consideran que la garantía de tener una buena salud y bienestar es realizando únicamente un chequeo médico general y manteniendo una buena alimentación. Esto se puede evidenciar en el siguiente comentario:

*“Para mi es necesario para tener una buena salud es muy importante comer bien, muchas frutas y tratar de no comer comida rápida. Además visitar al doctor por lo menos una vez al año, hacerse un chequeo general” (Entrevista, Mamá).*

Con lo anterior se puede evidenciar cómo en este grupo familiar no se tiene un concepto de salud integral, donde se le de importancia y se fomente el desarrollo de todas las dimensiones que involucra la salud, lo cual ha provocado que el niño lo incorpore en su cotidianidad. Esto juega un papel trascendental en el desarrollo del niño, ya que éste se encuentra en un periodo fundamental de la vida (infancia), y las circunstancias y las situaciones que vive, lo van a acompañar el resto de la vida y van a influir directamente en la construcción de su estilo de vida y por ende en su salud, tal como lo evidencian algunos estudios (Moreno, Gonzáles y otros, 2007).

La siguiente figura muestra el juego de relaciones entre las categorías revisadas:



La figura mostrada presenta los elementos significativos que intervienen en la constitución del estilo de vida del caso “B”. En él, los procesos psicosociales juegan un papel trascendental, pues intervienen en su vida como condicionamiento, ya que todas sus actitudes, creencias, roles que asume, son impuestos desde la sociedad en que se encuentra inmerso y específicamente desde su familia, la cual es un aspecto fundamental en su desarrollo. El niño ha internalizado una serie de valores y reglas que conforman su modo de vida.

Debido a la edad en que se encuentra el niño, el entorno que lo rodea (sociedad, familia, escuela) hace que se comporte y perciba el contexto de una manera determinada, lo cual a su vez provoca que incorpore en su diario vivir una serie de prácticas, que pueden o no favorecer su estilo de vida. Se puede percibir que su estilo de vida responde a una serie de preceptos y creencias impuestos por sus padres. A partir de ellos, el niño incorpora factores tanto de riesgo como protectores, que tienen que ver con la concepción de vida que ha internalizado con el tiempo.

Se podría inferir entonces, que el significado de la acción para el niño es el lograr la aprobación de sus padres, debido a esto sigue e incorpora todos los mandatos de sus padres y los asume como suyos. Asimismo, se puede mencionar que la intención de todas sus acciones tiene como propósito fundamental lograr ser un niño saludable, lo cual los padres lo tratan de propiciar por medio de la transmisión de todas las practicas que acostumbran realizar en el seno familiar.

La función se visualiza en el hecho de que todo lo que el niño hace, tiene como objetivo lograr ser un niño querido, admirado por sus padres, donde asume un papel de hijo menor dependiente, que internaliza un discurso casi de manera rígida.

Las prácticas que el niño realiza para promocionar su salud, están intrínsecamente relacionadas con una serie de creencias y valores que ha internalizado, donde predomina un concepto de salud fragmentado, con una visión biomédica, lo cual hace que sus prácticas vayan dirigidas únicamente a un control médico anual y una alimentación balaceada, es decir, se toma en cuenta sólo la dimensión física dejando de lado las demás dimensiones que encierran el constructo de salud.

**Análisis del caso “C”**  
**(Por Heilen Tucker)**

**Procesos Psicosociales**

**“...pilares significativos en la construcción de bases personales...”**

Con relación a esa historia sociocultural de la cual es parte cada sujeto, que a la vez se caracteriza por su particularidad y por un significado que éste le asigna, que le permite subsistir diariamente, resolver situaciones que se le presentan y por ende explicar su realidad se puede rescatar del discurso de “C” lo siguiente:

*“Yo crecí en una finca, en una finca lechera, éramos de campo y yo desde que tenía siete años trabajaba mucho, yo trabajaba de seis de la mañana, cinco y media de la mañana. Había que correr para allá y para acá, y vigilar animales para allá y para acá” (Entrevista, Caso “C”).*

El discurso de “C” refleja una historia personal significativa, que le ha permitido internalizar que para sobrevivir es necesario cumplir ciertos roles (“trabajaba mucho”) dentro de la familia que marcaron el camino a seguir para construir un estilo de vida de acuerdo a su condición de vida y posición socioeconómica. A la vez, es posible interpretar de su historia, el significado que le asigna al sistema de valores adquiridos de su contexto sociocultural, los que a través de su discurso participaron como posibles motivadores, para accionar a partir de su filosofía de la vida en su sistema familiar rescatando la “lucha y el trabajo” como principios adquiridos durante su vida en el campo.

En razón de que el estilo de vida está compuesto por una serie de hábitos, comportamientos, actitudes y roles, se transforma de acuerdo con las necesidades personales y sociales, que van de acuerdo a un momento histórico. Puede observarse en el caso “C”, tal como lo sugiere Abarca (1995) que además de que toma del medio, es capaz de transformarlo y ser transformada por él:

*“Que puedo rescatar, porque era en el tiempo de nosotros así, tan duro verdad, entonces por los buenos modales era muy bonito, la manera de la familia era muy humilde eso no debiera de faltar, pero es lo que menos se ve ahora, porque uno lo vive no quisiera que esas cosas se terminen, pero diay, ni modo las familias ahora son diferentes” (Entrevista, Caso “C”).*

Al respecto, Giusti (1991); refiere que el ser humano hace suyos los valores que construye durante su socialización. En su argumento, “C”, desarrolla una reflexión de los momentos históricos que se ven transformados de acuerdo con los modos de vida de las familias. En forma complementaria Rodríguez – Marín (1995), citado por Ortiz en Flórez y otros (2005), sugiere que las esferas por las que recorre el ser humano a lo largo de su vida, le permiten tener referentes para explicar su realidad y su historia sociocultural.

Se puede aludir, que el evento familiar determina los comportamientos, pensamientos, y deseos del ser, lo que en este caso, se interpreta como los recuerdos, sentimientos que “C” expresa como aspectos fundamentales que le permiten crecer y accionar dentro de un contexto. La comparación (“el tiempo de nosotros...”) que hace “C” con “el tiempo de ahora”, refleja que la convivencia familiar es un aspecto importante que vive durante su proceso de socialización y que percibe como un factor que puede favorecer su desarrollo personal. A la vez, dicho contexto familiar se transformó y permitió que “C”, identificara que la convivencia familiar se modifica de acuerdo a un momento histórico, lo que Abarca (1995), alude como ese medio que se transforma, modificando las necesidades subjetivas de cada ser.

Así, durante su discurso, retomó su historia personal como un aporte que le facilitó consolidar una familia y la construcción de sí dentro de un medio social, y aunque ese medio en el cual aprende a satisfacer sus necesidades “luchando”, lo caracterizó como el idóneo o confortable, ésta aspira a nuevas posibilidades para construir a partir de sus condiciones un estilo de vida.

Como se ha mencionado, la constitución de los estilos de vida se caracteriza por presentar una transformación, que se ve influenciada por un contexto macrosocial. De ahí que los intereses, prioridades, motivaciones, expectativas también van sufriendo una modificación en el momento socio- histórico por el cual se transita.

A través de esta dinámica de los momentos históricos, “C” pudo percibir que los estilos de vida van transformándose y así sus motivaciones y prioridades. Lo que también le permitió reflexionar sobre los eventos de la vida, pero más allá sobre cómo éstos participan de forma significativa en su historia personal en el momento en que decide formar una familia.

El significado que cada sujeto asigne a esos momentos históricos permite comprender las acciones y/o actividades que realiza. En este caso se pudo percibir que “C”, valora “su historia” porque ésta le proporcionó bases para enfrentar situaciones y autorrealizarse en un determinado ambiente.

Para “C”, el papel que cumple la familia dentro de los diferentes procesos de convivencia es sumamente relevante. Ésta, se considera como un ente social de apoyo que permite la motivación y satisfacción en la vida de las personas, elementos que han sido destacados como factores protectores (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, 2002). Además, la participación e integración familiar son componentes que le permiten desarrollar un sentido de pertenencia y a la vez fomentar su calidad de vida a raíz de un estilo de vida saludable (Maya, 2001).

En el caso de “C”, los miembros de su familia le brindan el apoyo necesario para salir adelante y establecer unión familiar y compromiso. La motiva a alcanzar sus metas y establecer el estilo de vida que considera agradable y óptimo, entre los que la aprecian y la estiman. A esto se refiere en las siguientes expresiones:

*(...)Y ellos son muy atentos son muy buenos hijos y les gusta que vaya, salga, son muy especiales (...) estamos muy contentos, que Dios nos ha dado unos hijos tan buenos y tan comprensivos y todo, gracias a Dios” (Entrevista, Caso “C”).*

*“(...) mi esposo dice váyase para donde usted quiera (...) yo le vengo a decir, gracias a Dios esa es una de las principales, el apoyo” (Entrevista, Caso “C”).*

De acuerdo a lo expuesto, el apoyo puede proporcionarle a las personas sentido de estabilidad, sentimiento de autocuidado y ser fuente de afecto o recursos para afrontar tensiones (Barra, en Flórez y otros, 2005; Morales, 1999). Esas redes sociales son las que Abarca (1995) considera dentro del plano de la motivación extrínseca, que protegen a la persona ante las situaciones del medio. En concordancia con esto algunas de las expresiones que expone “C”, reflejan la importancia que asigna al apoyo social.

*“Uno tiene mucho apoyo en los amigos, en la familia primero y después en los amigos (proyección, caso “C”) / Hay mucha gente que sabe que yo no soy una persona preparada, profesional y me dicen que yo puedo*

*hacerlo, que soy una persona que puede desempeñar un cargo”  
(Entrevista, Caso “C”).*

Como sugiere Abarca (1995), la motivación también es una expresión social que integra contenidos e ingredientes de los procesos de interacción del sujeto con su medio. Así, la compañía y la motivación que “C” recibe de sus seres queridos y amistades, los percibe como un “ingrediente” relevante para disfrutar de la vida y a la vez sentirse satisfecha de haber aportado el cariño y cuidado como madre y esposa. Lo que se traduce en un factor que la protege, al permitir disfrutar de otros espacios y buenas relaciones interpersonales:

*“Uno se siente contento porque uno está junto a aquella persona que ha vivido ya en este momento 50 años yo de vivir con la pareja, verdad. Y darle gracias a Dios porque los dos estamos” (Entrevista, Caso “C”).*

Para “C”, su participación en diferentes espacios sociales fortaleció su motivación, reflejando a través de su discurso una actitud emotiva (sonrisa complacida) al admitir haber alcanzado un crecimiento tanto personal como intelectual. Por lo tanto, se puede inferir que “C”, ha desarrollado estrategias para percibir, explicar y entender su realidad desde una posición crítica y propositiva, concluyendo en haber adquirido aprendizaje. Ante esto, fundamenta su motivación tomando en cuenta dimensiones como religión, familia, espacios de recreación, grupos sociales, que le facilitan herramientas para fortalecer su crecimiento personal, espiritual, familiar y posterior a eso vínculos de interrelación con los que la rodean.

### **Configuración de los estilos de Vida**

#### **“La configuración del estilo de vida a través de las experiencias vividas...”**

El constructo de salud enfrenta una dinámica, determinada por el tiempo histórico, que a la vez sufre demandas sociales (desde lo macro hasta lo micro), de ahí que algunas personas lo puedan considerar como referencia para definir su estilo de vida y concepto de salud.

Precisamente “C”, asume su salud desde una búsqueda holista, integrando las dimensiones familiar, espiritual, social, física, emocional y mental, entre otras; con el fin de mantener un equilibrio. Al parecer “C” tiene un cuidado constante de las dimensiones que determinan su salud, disfrutando de cada evento de su vida encontrándole el sentido, desde una posición optimista para accionar en favor de su bienestar.

Por otra parte, parece ser que para “C”, un pilar fundamental en su vida, es su relación con Dios, debido a que ha logrado alcanzar metas, motivarse, abrirse nuevos espacios y reconocer sus fortalezas, para optimizar su condición de vida a través de su relación con Él.

Algunas personas han aprendido a convivir e internalizar principios religiosos construidos socialmente como parte importante de un estilo de vida. A partir de algunos estudios, la participación de las personas en una religión puede considerarse como un factor que beneficia su estilo de vida (citado por la U.S. National Library of Medicine. HealthDay News, 2005; en Mi Dieta, 2007). Tales principios religiosos y espirituales proveen bienestar y satisfacción de necesidades, generando su desarrollo humano y la prevención de desajustes para la calidad de vida, al concebirse como factores protectores que enmarcan su sentido de vida (Maya, 2001). En este caso, la confianza de “C” en un Ser Divino le permite sostenerse en su cotidianidad y establecer una relación espiritual con Dios, siendo ésta resultado de su modo de vida:

*“Vieras que bien y con las cosas de Dios que es lo que a mí me gusta mucho, lo primero que hay que tener. Yo tengo veinte años de ser legionaria” (entrevista, Caso “C”).*

La constante interacción entre el sujeto y su contexto va enmarcando su modo de vida y a la vez demandando el cumplimiento de ciertas metas y proyectos a nivel personal, es decir que ante la búsqueda del cumplimiento de esas metas cada ser humano tiene la capacidad de decidir sobre el estilo de vida que va a experimentar y si éste le permitirá alcanzar sus aspiraciones. La oportunidad que tiene “C” de disfrutar de diferentes espacios sociales, le facilitó una participación activa, compartir eventos significativos con su familia, amigos y además rescatar como aspecto principal el apoyo de Dios. Podría suponerse que el papel activo de “C”, la llevó a definir un estilo de vida configurado como un “proyecto” en el cual adquirió creencias, principios, roles personales y familiares. De esta forma, parte de esos roles fueron adquiridos de la experiencia vivida en su ambiente familiar y son incorporados en un presente, cuando decide conformar una familia.

Así, es posible rescatar que el rol puede influir en el estilo de vida que establece cada persona, debido a que el significado que el ser humano le asigne a ese rol, podría ser de referencia para llevarlo a experimentar un estilo de vida con calidad. Esto porque a partir

de dichos roles los sujetos adquieren comportamientos, actitudes y creencias así, en el caso “C”, tales argumentaciones se reflejaron con suficiente claridad en su discurso:

*“Pero en aquellos tiempos (...) no dejaban especialmente a una mujer, (...) estudiar, eso era tonto, que el estudio es malo, porque nadie estudiaba, especialmente porque mi papá era un hombre orgulloso” (Entrevista, Caso “C”).*

*“Trabajaba, seguramente en los quehaceres del hogar o tal vez era una persona profesional que tenía su trabajo, antes en ese tiempo eran maestras verdad, lo que se veía nada más, como ahora que es un ingeniero y cosas así (...)” (Ejercicio de Proyección, Caso “C”).*

En las frases extraídas se reflejó el sistema de roles que socialmente ha predominado, como una demanda que es asumida por las personas. Dichos roles son un conjunto de estándares y normas que según Biddle (1979) citado por Gómez, en Flórez y otros (2005); pueden ser de satisfacción como sucede en el caso, además son parte esencial de la vida y pueden proveer identidad, permitiéndole a cada ser humano la supervivencia en un grupo (Giusti, 1991). Así es como “C”, orientada por la motivación de construir una familia fue adquiriendo roles (madre, esposa), que le permitieron conceptualizar y por ende experimentar su estilo de vida caracterizado por la búsqueda de satisfacción de necesidades familiares para construir un estilo de vida que generara calidad en el ámbito familiar:

*“(...) tuvimos hijos que son profesionales, esa era la ilusión de nosotros (...) y así es como uno se siente bien, verdad” (Entrevista, Caso “C”).*

Parece ser que “C”, ha tomado de su entorno lo que Abarca (1995) llama, las posibilidades para lograr sus metas, decidir sobre el estilo de vida que desea experimentar junto a su familia tal como lo expresa donde señala la importancia que tiene para ella que su familia goce de calidad de vida, que “sus hijos sean profesionales”, es decir que las situaciones que enfrenta su familia son vitales para su desarrollo personal.

Lo anterior, permite señalar que las prácticas que realiza el sujeto en un determinado contexto, tienen un significado particular, pues se consolidan a partir de la subjetividad de cada uno, sin que sea posible homogenizarlas.

Ante los mensajes que a nivel macrosocial se difunden sobre la importancia de buscar nuevos espacios, o alternativas que mejoren o complementen la salud de las personas,

algunos cuentan con la posibilidad de integrar en su estilo de vida herramientas que les favorecen, sin embargo las condiciones de algunas personas limitan su accionar o les exige postergarla. A juzgar por la interpretación de “C”, sobre los mensajes que se relacionan con las prácticas en salud, recibidos de su contexto, parece ser que la llevaron a construir una familia y una vez que consideró haber alcanzado las expectativas familiares como “familia unida, la superación de sus hijos”, adquirió del entorno la oportunidad de disfrutar de nuevos espacios, que le facilitaron herramientas para pensar en su salud de una manera activa evitando alteraciones, tal como lo expresa:

*“Porque, uno se mete a la casa y no tiene amistades y ni hace por donde salir y hacer algo por uno, verdad. Dios guarde se enferma uno” (Ejercicio de Proyección, Caso “C”).*

*“(…) porque uno si se mete a la casa le da, se pone uno con tensión y cosas así y entonces como uno anda y camina y haga esto y haga el otro. Ayuda bastante y yo nunca había salido” (Entrevista, Caso “C”).*

Que las personas decidan modificar su estilo de vida, a uno que le genere bienestar integral, se puede considerar como una apertura a la reflexión sobre su cotidianidad; buscando así calidad de vida. Tal como en el caso de “C”, que reflexiona sobre la necesidad de que su vida sea modificada, asumiendo una actitud de cambio en función de beneficiar su salud.

Las prácticas o comportamientos como parte importante de los estilos de vida de cada sujeto, pueden constituirse como factores determinantes de la calidad de vida. La capacidad cognitiva de “C”, de asumir las condiciones de su entorno de forma optimista la llevó a cumplir la satisfacción de las necesidades básicas de su familia, proveyéndole seguridad y protección.

Desde el discurso de “C”, no haber contado con la posibilidad de tener una formación académica, puede caracterizarse como un factor social que determinó el rol que ella cumplió en su familia durante su infancia, factor que podría poner en riesgo su autoconcepto, pues en su discurso alude que se “siente tímida” para asumir ciertas actividades. Durante su participación en las sesiones afirmó “sentirse tímida” al no tener la certeza de “haber cumplido” con las expectativas de las diferentes consignas, por lo que buscaba una aprobación o ser corregida durante el proceso, retomando su nivel de preparación académica. Sin embargo, la manera de afrontar (con optimismo) las

situaciones que se presentaron en su vida, al parecer permitió que “C”, desarrollara habilidades y cualidades para asumir los retos de su entorno, aprovechando los factores protectores que éste le facilitara para fortalecer su autoconcepto.

Para “C”, los nuevos retos se vincularon con la participación en espacios donde podía adquirir responsabilidades y actividades que potenciaran su autonomía:

*“(...) la religión me ha sacado a mi adelante, porque después de que yo (...) era una persona que no leía delante de nadie ni nada. Pero yo después de la Legión de María comencé a ver gente y me pusieron a leer (...) hasta de presidenta me pusieron verdad, del grupo” (Entrevista, Caso “C”).*

De forma complementaria, Grau (1998) citado en Flórez y otros (2005), menciona que el optimismo y la autoestima como variables asociadas a la salud pueden posibilitar que el sujeto afronte situaciones o supere condiciones de su medio. Se puede decir que los recursos que “C”, identificó dentro de su contexto social le permitieron cumplir con ciertas demandas y satisfacer sus necesidades subjetivas.

### **Promoción de Estilos de vida saludable**

#### **“...crecimiento personal a través de nuevos espacios...”**

En el caso de “C”, podrían considerarse como prácticas que promueven su salud, los espacios recreativos que han propiciado un nivel de dedicación hacia sí misma y un crecimiento personal y espiritual, permitiéndole encontrar protección o seguridad para convivir con otros.

Estos espacios propositivos, han llevado a “C”, a considerar su bienestar y calidad de vida desde una postura más activa, empoderándola, de alguna manera, para modificar su estilo de vida, orientándola a pensar en su salud desde su propia participación y desde una visión holística. Al respecto los autores rescatan que es necesario incluir en salud la actividad física y el deporte como potenciadores de la autonomía y la tolerancia a los retos en las personas (Sánchez, 1996, citado por Fernández y Rodríguez, en el Ministerio de Educación Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, 2002). Para “C”, los gimnasios, los grupos

religiosos y recreativos, le generan un desarrollo saludable, pues hacen que ella piense en pro de satisfacer su estilo de vida en un presente, tal como se traduce en lo siguiente:

*“Las actividades que nosotros tenemos de la “Legión de María” que es una cosa muy linda (...) hacemos actividades, salimos a paseos, a retiros y vamos a reuniones, celebramos cumpleaños es una belleza” (Entrevista, Caso “C”).*

*“Díay, ya uno desde que son las cinco se levanta, a ver como se prepara todo para irse a hacer ejercicios y todo eso porque eso es lo que me gusta bastante ahora” (Entrevista, Caso, “C”).*

De esta manera, cuando las personas mantienen una actividad deportiva, satisfacen gran cantidad de necesidades (ejercicio físico, de competitividad, de afiliación a un grupo, de sobresalir, de salud) según Abarca (1995). A la vez Rojas, en Flórez y otros (2005) señala la actividad física como un factor protector saludable en el estilo de vida.

Rescatando el aporte de las autoras, los motivos por los cuales resulta significativo una actividad en la vida de las personas, se deben a muchos factores, lo que permite señalar cómo para “C”, la realización de las actividades físicas propicia la oportunidad de pensar en sí misma, dentro de un grupo social, lo que le permite crecer como ser humano y disfrutar de nuevos espacios.

*“Yo ahora, como ya uno no tiene que alistarle el uniforme, los zapatos y la comida y las tareas de los chiquillos y todo eso.... Yo duré mucho tiempo, bueno ni modo porque uno dura mucho tiempo al estar dentro de la casa” (Entrevista, Caso “C”).*

El pensar en sí misma implica para ella, reflexionar sobre lo que puede hacer para satisfacer necesidades personales, que en un momento de su historia deseaba realizar, pero que debido a su modo de vida (“tener la comidita lista, ropita lista, llevar y traer a sus hijos de la escuela...”) “no fue posible llevar a cabo” en ese momento.

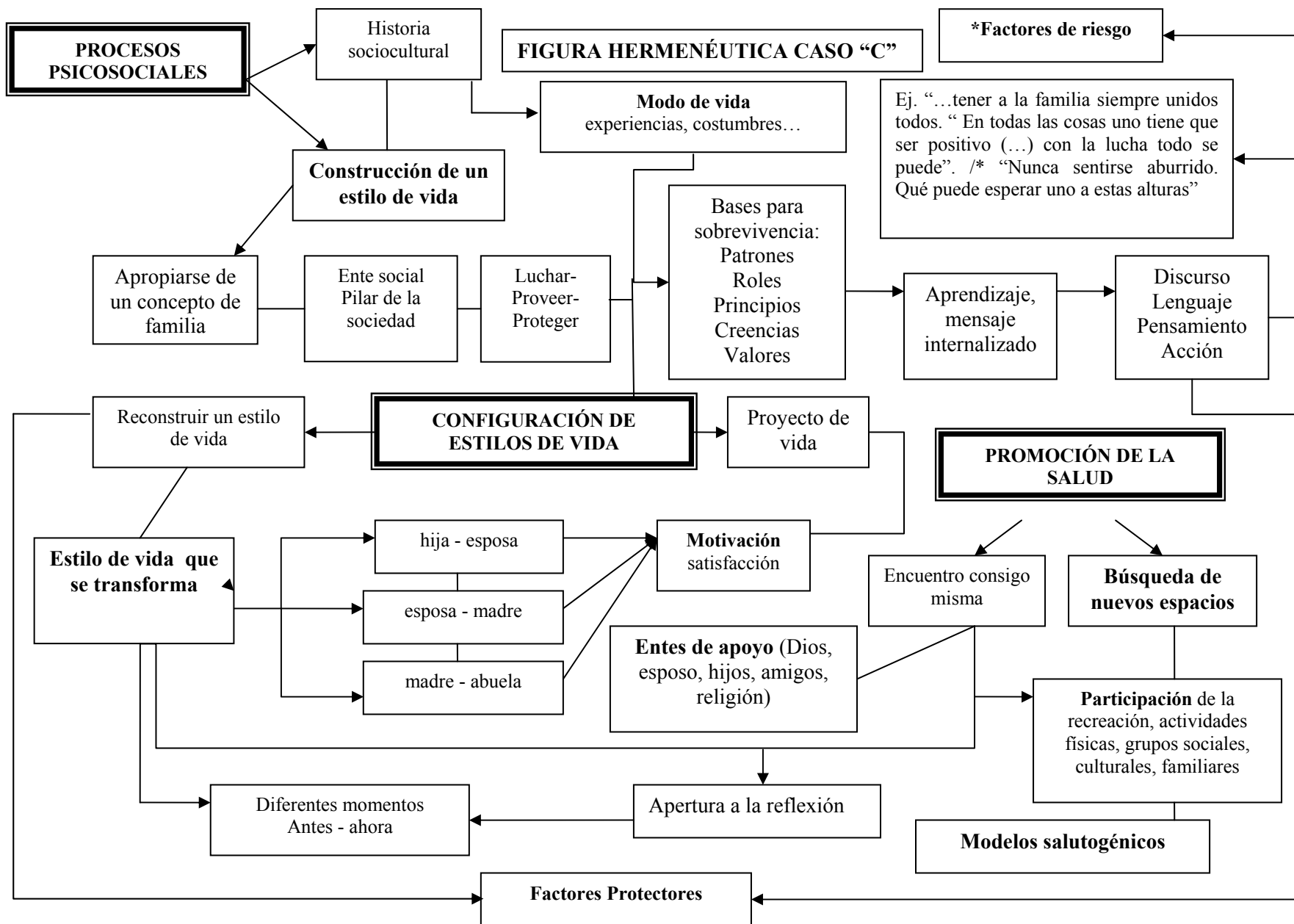
A raíz del discurso de “C, el rol que asumió la llevó a identificar que para consolidar y satisfacer las necesidades de su familia era preciso permanecer dentro de la casa. Sin embargo en este momento de su vida, su motivación es considerar espacios que le permitan satisfacer sus necesidades personales y/o individuales “saliendo de su casa” para encontrar nuevas estrategias para potenciar en su diario vivir un estilo de vida saludable.

A medida que las creencias toman un papel significativo en el estilo de vida de las personas, sus comportamientos y actitudes, refiriéndose a la salud se ven permeados. De esta forma se puede decir que la configuración de la salud de cada persona se nutre del sistema de creencias (Ehrenzweig en Flórez y otros, 2005), es llevado por el sujeto a partir de una dinámica generacional que está determinada por un tiempo histórico, y genera en éste un accionar particular. Dicha dinámica lleva a “C”, a conceptualizar sus prácticas en salud de forma integral, tal como se percibe en las siguientes frases:

*“Pero yo ahora a penas tengo tiempo libre me voy, me meto a un gimnasio. Yo voy dos días a la semana, yo voy lunes y miércoles al gimnasio y (...) voy a las siete camino todos los días” (Entrevista, Caso “C”).*

*“Asistir al gimnasio, a la “Legión de María”, son eventos muy importantes (...) no está cargando uno enfermedades en la casa, (...) la mente no tiene para pensar siempre lo malo (...)” (Entrevista, Caso “C”).*

Tal como sugieren algunos autores, considerando que desde una visión holística de salud, promocionarla es buscar mantener un bienestar general estimulando al creatividad, satisfacción y buenas relaciones interpersonales (Legetic en Albala y otros, 2004), la implicación en actividades sociales generará beneficio, interés, entretenimiento y diversión, lo que conduciría a satisfacción y bienestar (Requena, 1994, citado por Doblas y Rodríguez, en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, 2002) pues se estaría relacionado con factores como la autogestión, la familia, la educación, la motivación, la participación activa en comunidades y la calidad de vida en general (Moreno – Jiménez, Garroza y Gálvez, en Flórez y otros, 2005; Rojas en Flórez y otros, 2005). La participación de “C”, en las actividades sociales le ha brindado oportunidades, para ganar amistades, relaciones interpersonales, y otros elementos importantes para reflexionar sobre la salud y calidad en el estilo de vida. Todos estos argumentos se reflejan en el detalle de aspectos psicosociales analizados en el caso “C”, sobre el estilo de vida que sigue y el sentido que para ella tiene. A continuación se presenta la figura hermenéutica que integra los sistemas de relación en las distintas categorías abordadas para comprender el estilo de vida del caso “C”.



En el caso de “C”, adquiere un valor significativo su historia sociocultural debido a que ha construido un estilo de vida que le permitió apropiarse de un concepto de familia entendido como ente social y pilar de la sociedad, que se caracteriza por luchar, proveer y proteger a los miembros, lo que se infiere como la función que la motiva e inspira. Las experiencias, costumbres y tradiciones que vive determinaron su modo de vida, adquiriendo bases para la sobrevivencia; que desde su discurso son vistas como aprendizaje que surge a raíz de los mensajes internalizados, que se explican como su condicionamiento. Su lenguaje está permeado por su forma de pensar que a la vez, influye en su accionar, y se evidencia en el momento que asume ciertas actividades y se relaciona, en los diferentes contextos sociales.

Se puede identificar el significado de sus expresiones y lo importante que éstas resultan en su forma de accionar, es decir que tiene sentido lo que ella menciona como: “nunca sentirse aburrída, y pensar que en estos momentos de su vida no puede esperar nada...” por lo que la forma de comprender su sentido de vida y acciones, refleja la percepción de sí misma como adulta mayor, lo cual podría considerarse como un factor de riesgo al exigirse estar “siempre animada y sin la posibilidad de aspirar nuevos retos”. No obstante, su motivación, intención, deseos, sentimientos, valores adquiridos, el sentido de “luchar” han sido su determinación dentro de la configuración de su estilo de vida.

La intención se deriva en cómo “C” reconstruye un estilo de vida a partir del cumplimiento de una meta: un proyecto de vida coordinado por su motivación, valores personales, propósitos y prioridades con el fin de establecer una familia. El significado se vislumbra en su estilo de vida que se transforma al ir adquiriendo responsabilidades como esposa, madre y abuela, ante los cuales responde satisfecha y complacida. La interrelación de los procesos psicosociales en la configuración de su estilo de vida, le permitieron adquirir estrategias para satisfacer necesidades subjetivas y familiares.

Una vez cumplido su proyecto de vida, decidió buscar nuevos espacios en los cuales fortalece su propia imagen descubriendo habilidades, entes de apoyo con los que cuenta y participa de actividades recreativas, grupos culturales y religiosos; identificándolos como factores protectores que le permitieron promover su salud de forma integral incluyendo la dimensión

familiar, espiritual, social y cultural tratando de mantener un equilibrio; lo que le permite, reflexionar sobre los diferentes momentos o el tiempo histórico en el cual vive. Así, su estilo de vida se ve modificado cuando interpreta que en éste tiempo histórico puede dedicarse a satisfacer sus propias aspiraciones.

**Análisis del caso “D”**  
**(Por Sonia Chinchilla)**

**Procesos Psicosociales**

**“Los diferentes contextos socioculturales como fuentes de motivación en la configuración del estilo de vida”**

En este caso en particular la heterogeneidad de contextos en los que se desarrolló durante su niñez, está presente en la conciencia individual y subjetiva que le brinda la oportunidad de decidir qué es lo que desea y considera mejor para sí.

Las siguientes frases exponen los dos diferentes contextos socioculturales en los que se desarrolló durante sus primeros nueve años de vida:

*“Yo me crié con mi mamá (...) en el campo, en Puntarenas, cerca de Panamá, muy lejos de la ciudad (...) y me dejaba ser (...) era como un caballito salvaje. Llovía y yo me iba y me mojaba y me hacía botas de tierra y hacía todo desastre. /... podía brincar, saltar, correr o le iba a ayudar a la abuela (paterna) a ordeñar las vacas, a juntar coyoles” (Entrevista, Caso “D”).*

*“...pero nos pasamos para Alajuela, con mi abuela (materna). / De vivir allá en una casa abierta, de estar en el campo libre, donde iba a correr y venía, a una casa chiquitita y cerradita donde para mi abuela lo que había que hacer era sentarse en la sala para no ensuciar, (...) para mí eso fue muy fuerte y de hecho mi carácter ha cambiado mucho, el cambio fue muy duro. (...) Fue la adaptación lo que me costó mucho. / Yo me acuerdo que yo gritaba en el corredor: auxilio, socorro; pero no me sirvió de nada, eso fue muy fuerte pero, por lo menos grité. (...) Yo pasaba llorando ahí todos los días” (Entrevista, Caso “D”).*

Como se puede observar, algunas de las características contrastantes que se manejaron en estos dos entornos son:

Campo – ciudad	Movimiento – sedentarismo
Aire libre – espacio cerrado	Diversión – aburrimiento
Libertad – encierro	Alegría – tristeza y llanto

Abarca (2003), manifiesta que no podemos definir el proceso motivacional sin verlo dentro de un contexto, relacionándolo con la experiencia personal y social, con una historia, en constante cambio que varía en intensidad. De este modo, la historia por si misma está fungiendo como determinante en el proceso motivacional del caso “D”, al acompañarla permanentemente en la dialéctica que mantiene con las diferentes personas, los diferentes contextos y las diferentes realidades a las que va teniendo acceso.

En este sentido, el contexto de un lugar en particular y el reconocimiento que se tiene, en este caso específico, de parte de la abuela paterna en Puntarenas, puede proporcionar experiencias de calidad y de gran significado personal, que de alguna manera podrían representar una fuente de motivación extrínseca que le conduce a elegir, en algún momento determinado, cierto estilo de vida. Al preguntar a “D”: cuál de las dos abuelas le gustaba más; manifestó:

*“La de Puntarenas, ¡por supuesto! Porque eran los primeros siete años, yo siempre digo que me crié más con ella que con la otra. Yo la quería mucho a ella. /...era la que me chineaba y me hacía cositas”. // “...y la de aquí, en Alajuela, era una gruñona y una regañona. (...) todo el día era barre y limpie, barre y limpie, no se mueva para que no me ensucie. /... una abuela horrible, fue muy radical para mí (...) ella era más de, no sé, como más fea (...) fue terrible” (Entrevista, Caso “D”).*

Se podría inferir que la configuración del estilo de vida actual del caso “D”, podría estar estrechamente relacionada con el contraste que experimentó entre ambas vivencias; cada una de ellas marcada por un adulto significativo. Al respecto Giusti (1991), declara que los adultos significativos que están a cargo de la crianza durante el proceso de socialización, establecen reglas de comportamiento, contribuyen al desarrollo de actitudes, al aprendizaje de los valores e inclusive a la forma de lidiar con el estrés. Valdría la pena preguntarse si la forma que utilizó el caso “D” para enfrentar las diferentes situaciones que provocaron estrés en su vida, fue de alguna manera determinada por alguna de estas figuras significativas.

En cuanto al estrés, “D” menciona la diferencia tan drástica de entornos educativos a los que se tuvo que enfrentar una vez llegados a su nueva residencia en Alajuela:

*“Yo estaba en Puntarenas y mi mamá era directora y maestra de primero a sexto, entonces yo pasaba en la escuela, ahí tomaba chupón, ahí gatee, mi mamá llevaba un corralito, entonces a los cuatro años ya sabía leer y escribir, entonces mi mamá me puso. Y en esa escuelita no tenía problema,*

*diay porque todos eran como los chiquitos de mami, los chiquitos de ahí del pueblo y era muy chiquitito”. // “...pero nos pasamos para Alajuela (...) / A mi mamá le dieron una plaza muy largo, entonces ella me metió ahí en el centro, a otra escuela, otra maestra, otros compañeros y mis compañeras eran más viejas y yo era así como la nueva y me costó mucho. (...) Ahí, yo lloraba literal todos los días” (Entrevista, Caso “D”).*

Así, además de pasar de la empatía e identificación con la abuela paterna, al conflicto y rechazo hacia la abuela materna, “D” pasa de un contexto educativo familiar y seguro a un ambiente completamente extraño e inseguro.

Importante destacar que “D” presta especial atención al contraste de sentimientos desarrollados hacia ambas abuelas, de lo que se podría inferir que la figura materna pudo haber sido la gran ausente en todo este proceso de cambio por cuanto, después de haber sido identificada y relacionada [la mamá] al primer ámbito educativo, pasa súbitamente al ausentismo en el proceso vivido en la escuela de Alajuela; por lo menos durante el proceso de aprendizaje en el aula, condición que eventualmente podría fungir como condicionante de su estilo de vida actual. De esta forma, algunos de los opuestos que afloran en este proceso de cambio son:

Espacio pequeño – espacio amplio	Familiar – desconocido
Acompañamiento – abandono	Confianza – temor

En concordancia con lo anterior Abarca (1995), manifiesta que al igual que el entorno familiar, el contacto con la escuela contribuye también a una red de relaciones o proceso de socialización relacionado estrechamente con la motivación. Por consiguiente, la transición ecológica, a la que fue expuesta a tan temprana edad, tanto en el ámbito familiar como en el educativo; que según Giusti (1991), se caracteriza por cambios significativos en las diferentes etapas del ciclo vital, pudo haber estado desmotivándola en su momento; pero suscitando de alguna forma durante el proceso de cambio, las necesidades que luego vendrían a surgir en su subjetividad como determinantes en su estilo de vida actual.

Podría suponerse que el haber ingresado a los cuatro años a la escuela primaria, pudo hacer que el inicio de la secundaria, los estudios superiores e inclusive su vida personal, pudieran

estar acompañados igualmente por este sentimiento de “desubicación” al que “D” hace mención repetidamente:

*“... entré a la escuela como de cuatro (...) nunca tuve relación con mis compañeros porque ellos eran más viejos, entonces cuando yo jugaba muñecas, ellos iban a bailes. (...) tal vez eso hace que yo no tenga como mucha amistad, porque siempre estuve como perdida, /... el nivel tal vez de educación iba bien, pero no el de madurez” (Entrevista, Caso “D”).*

*“...ellos tenían su vida y yo nunca. /...como que nos llevábamos bien y todo pero; como que no me mezclo. Yo salí de quinto año cuando tenía quince años, (...) salí bien desnivelada porque yo no sabía qué quería estudiar, ni que quería hacer, no sabía nada /...y entonces me metí a estudiar ahí (La Escuela Libre de Derecho) /...Vieras que me costó mucho ubicarme, me costó mucho. /...no me gustó derecho, me quedé tres años ahí y no me gustó. /... luego conocí al papá de mi primera hija, me casé con él y duramos tres años casados y nos divorciamos” (Entrevista, Caso “D”).*

Es así como, este contexto, proveedor de tal proceso de socialización podría no haber brindado en su totalidad, el ambiente propicio para desarrollarse entre pares e ir adquiriendo, paulatinamente, las destrezas y habilidades requeridas para el buen desarrollo y funcionamiento de las relaciones interpersonales; situación que llevó a “D” a sentirse repetidamente, fuera de contexto y sin una vida propia.

Al respecto Giusti (1991), manifiesta que existe el orden cuando los individuos comparten significados y comportamientos con sus iguales y logran una dinámica y convivencia basada en acuerdos compartidos. De esta manera, y siguiendo al autor, la actitud que aprende la persona en el proceso de socialización repercute en el mundo exterior y así, le permite relacionarse con sus semejantes; estableciendo las bases para una mejor calidad de vida. De esta manera, las actitudes aprendidas por “D”, son las que podrían estar determinando la forma y calidad de interacción de ella con su medio y por ende, contribuyendo de alguna forma en la configuración de su estilo de vida.

Además de los diferentes procesos psicosociales, es importante rescatar aspectos específicos en el modo de vida que permiten, de alguna manera, ir determinando el estilo de vida actual del caso “D”.

## **Configuración de los estilos de vida saludable**

### **“El estilo de vida como manifestación del modo de vida”**

Mayo (1999), rescata que el estilo de vida representa un subsistema subordinado al modo de vida. Expresa que desde el modo de vida del individuo se pueden estudiar aspectos propios del estilo de vida relacionados con su determinación subjetiva, y que es importante tomar en cuenta las condiciones de vida del individuo pues son éstas las que van a propiciar las relaciones entre el modo de vida y el estilo de vida. Así por ejemplo, “D” manifiesta sentirse muy identificada, entre otras cosas, con la llamada “medicina natural”, y en constante oposición a la medicina alópata (en la que se emplean medicamentos), según se aprecia en su discurso:

*“Cuando yo era chiquitita, yo me crié en el campo, era muy lejos de la ciudad y mi mamá no podía ir al doctor (...) y si me enfermaba, ahí me daban alguna cosa y me curaba y seguía. / Mi abuela (la de Alajuela) si era mucho de medicinas /... y yo las detestaba...” (Entrevista, Caso “D”).*

*“Tuve algo en Puntarenas hasta los siete años, cuando nos vinimos para Alajuela todo cambió y entonces cambió mi sistema... En Puntarenas era eso, medicina natural, comía mucha fruta, muchos vegetales y eso es lo que hago ahora. /... soy anti doctores, (...) si yo me enfermo tomo tes y aplico esto en mis hijos. Te, limón con miel de abeja, limón con ajo” (Entrevista, Caso “D”).*

Aunque ambas citas podrían estar reflejando una vez más la función que desempeñan los adultos significativos durante el proceso de socialización, lo importante de rescatar en este momento son las razones por las cuales “D” se identifica más con el sistema de creencias que adquirió, como bien lo manifiesta ella, durante sus primeros siete años de vida y no con el período posterior a éste. En relación con la importancia adjudicada a la salud, estudios sugieren que las creencias que tenga una persona respecto al cuidado de la misma, van a influir directamente en sus acciones (Orejudo y Froján, 2005).

Además, según el modelo evolutivo de Blocher (1974), citado por Giusti (1991), la etapa de exploración es, entre otras, una que el individuo debe lograr para alcanzar un desarrollo y crecimiento óptimos. Esta etapa requiere la reafirmación de valores, creencias y conductas, en la que la persona busca un balance entre sus necesidades psicofisiológicas y el ambiente social

que la rodea, de manera que le permita encontrar sentido a su estilo de vida. Así, se podría inferir que cuanto mayor nivel de identificación existe con el adulto significativo, mayor será el proceso de apego, en este caso en específico, al sistema de creencias en salud, o bien al concepto de salud que sea manejado por aquél; con el objetivo de poder satisfacer las diferentes necesidades. En el caso “D”, sus concepciones están ligadas al concepto de salud como ausencia de enfermedad. Sin embargo, la medicina natural es la que está presente y gira en torno a su estilo de vida, la que de acuerdo a ella practica de manera preventiva. A cada tipo de medicina le adjudica criterios valorativos que incluso se manifiestan en sensaciones afectivas.

<b>Medicina natural</b>	<b>Medicina alópata</b>
<b>Relacionada con:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad</li> <li>• Remedios caseros</li> <li>• Placer</li> <li>• Prevención</li> </ul>	<b>Relacionada con:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad</li> <li>• Doctores</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Disgusto y rechazo</li> </ul>

De igual modo, la posición que ocupa la religión, señalada repetidamente por “D”, vale ser mencionada en relación con el tópico de lo sano y natural y su manifestación en el estilo de vida, ya que la alimentación vegetariana como tema recurrente de este caso; se presenta en la dinámica familiar; avalada y promocionada por la religión que practica. Al respecto, “D” manifiesta:

*“...generalmente cuando usted me dice salud, yo pienso en alimentos. / Considero que la base de la salud está en la alimentación, por lo que generalmente no visitamos ningún médico, salvo alguna emergencia; para las cosas pequeñas dejamos al cuerpo actuar. //...en mi primera infancia comía carne y ahora soy vegetariana por religión; pero vegetariana, vegetariana, solo hace cinco años (...) Yo empecé (a ser adventista) hace 20 años” (Ejercicio de proyección, Caso “D”).*

Considerando las descripciones que presenta el Diccionario Enciclopédico de las sectas, se deduce que durante los primeros quince años, “D” perteneció a los “Adventistas del Séptimo Día”, y durante los últimos cinco años a la rama denominada “Adventistas reformistas”. Según esta clasificación “los adventistas reformistas se caracterizan por un rigor puritano y ascético extremo y por considerar el vegetarianismo como norma de discipulado: rechazan la medicina oficial (medicamentos, vacunas)” (Guerra, 1999, p. 38).

En este momento la función que podría tener la religión en la reafirmación de valores, creencias y conductas del caso “D”, permite encontrar un balance entre sus propias necesidades y, en este caso en particular, el contexto religioso en el cual se desarrolla, proporciona un sentido a su estilo de vida. Al respecto, estudios señalan que la fe religiosa ayuda a buscar el por qué de uno mismo y la relación de la existencia o sentido de vida; elemento que está estrechamente relacionado con el estilo de vida de una persona (Leignadier, Valderrama, Vergara y Fajardo, s.f.).

Esta podría ser una de las razones por las que “D” logra identificarse con la religión que practica y hacer suyas las diferentes recomendaciones que de ella provienen; tales como el tipo de alimentación y hábitos alimentarios en general. Podría decirse que su vida gira en torno a una alimentación “sana” y los beneficios que, según ella, de ésta se desprenden:

*“Yo sé que todos los expertos recomiendan 5 comidas al día, nosotros hacemos 2 comidas al día; abundantes. El desayuno y el almuerzo y yo me siento muy bien. Nos tomamos un té en la tarde, como a las 6. / Eso lo empezamos a hacer a partir de agosto...es nuevo y también de la iglesia” (Ejercicio de proyección, Caso “D”).*

*“En la iglesia adventista, por los años 1840 o algo así, una señora (Elena G. de White) para nosotros era una profeta y ella sí escribió muchos libros sobre alimentación. De hecho esto fue escrito por ella (hacer dos comidas fuertes diarias: desayuno y almuerzo luego, por la tarde se toma un té). Tiene mucho sobre alimentación vegetariana, cómo combinar alimentos, habla sobre baños de vapor, el sol, medicinas naturales, sobre salud, y todas esas cosas” (Ejercicio de proyección, Caso “D”).*

En la contraportada del Libro El Gran Conflicto, escrito por Elena G. de White (1827-1915), (traída a colación por el caso “D”) se dice que esta mujer es considerada por la religión Adventista como “inspirada por Dios”, manifestando que sus percepciones en los campos de la medicina y la nutrición han sido comprobadas progresivamente por diversas investigaciones científicas (White, 1954). Por su parte Zanuso (1989), en su libro Iglesias y Sectas en América Latina, manifiesta que “las palabras, los escritos y las visiones de Ellen White son para los adventistas comparables y, en ocasiones, superiores a la Biblia” (p.61).

No obstante, si bien existe un alto grado de motivación relacionado con la religión, su profeta y los beneficios que de ellos obtiene por medio del seguimiento de sus normas; existe la

posibilidad de que el actual estilo de vida del caso “D” presente una serie de factores de riesgo para la salud, pues las necesidades nutricionales están relacionadas con las cantidades de energía y nutrientes esenciales que cada individuo requiere para conseguir que su organismo se mantenga sano y pueda desarrollar sus complejas y distintas funciones, necesidades que son aportadas por los alimentos y van a depender de la edad, género, actividad física y estado fisiológico de los individuos (Olivares, citado por Albala y otros, 2004), condiciones que en este caso son secundarias.

Se tiene entonces que además del vegetarianismo que practica “D”, el número de ingesta de comidas por día es de dos y media, situación que, aún cuando ella trate de tener el cuidado de balancear la dieta, podría significarle a mediano o largo plazo un factor de riesgo para su salud (Serra, 2006).

Vale la pena rescatar sin embargo, la relación que hace el caso entre la religión, la alimentación y la percepción que tiene sobre el estado de bienestar y satisfacción.

*“...a mí me encanta (ser vegetariana). Me siento bien, no sé, yo me siento como más saludable, me siento mejor y siento que mi cuerpo funciona mejor. Estoy con energía, no me duela nada, me siento feliz, verdad, no sé, en paz” (Ejercicio de proyección, Caso “D”).*

*“...el resultado es una vida sana, porque lo que se dice (la religión) es esto: “Dios me creo y Él sabe como funciona de la mejor manera, y Dios no quiere que yo esté enferma, quiere que yo esté sana y saludable hasta todos los años que me toque vivir” (Ejercicio de proyección, Caso “D”).*

En un reciente estudio poblacional continuo acerca de la demencia y otros problemas de salud en el condado de Cache ubicado al norte de Utah (donde un 91% de la población pertenece a la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días); se encontró que la mayoría de las personas de tal condado no fumaba ni tomaba bebidas alcohólicas, contando con un sólido apoyo de la familia y de la comunidad. Esto llevó a un experto a considerar que la religión de las personas del estudio explicaba por qué éstas tenían vidas más largas y saludables; agregando que otros estudios en poblaciones especiales, como la de los Adventistas del Séptimo Día, arrojaron resultados similares. Así, llegó a considerar sus prácticas como factores importantes para mantener la salud y aumentar la expectativa de vida (citado por la U.S.

Nacional Library of Medicine. HealthDay News, 2005; en Mi Dieta, 2007). Por consiguiente, a pesar de que los actuales hábitos alimentarios podrían estar fungiendo como factor de riesgo para la salud del caso D, no se puede obviar el hecho de que la satisfacción y el grado de bienestar que le provoca someterse a ellos, desde el punto de vista religioso; igualmente constituyen, desde su perspectiva, grandes fuentes de motivación en la búsqueda de un estilo de vida saludable. En este sentido, estudios señalan que la espiritualidad puede convertirse en una importante fuente de fortaleza para incorporar cambios en el estilo de vida (Navas y Villegas, 2006).

Cabría preguntarse si su percepción sobre su estado de bienestar, la cual le empuja a externar cómo le satisface su calidad de vida, le estaría proveyendo, desde el planteamiento de Guisti, de “herramientas” para lograr un “estilo de vida saludable” (Guisti, 1991).

En cuanto a la actividad física se refiere, manifiesta no sentirse atraída hacia ésta, considerando que lo que actualmente realiza, probablemente cumple con sus expectativas.

*“...yo esa parte la he dejado de lado (...). Es que seguro no me llama mucho la atención (risa), o tal vez he dicho: bueno con las subidillas y bajadillas que doy de vez en cuando [la caminata de 20 minutos que realiza de la casa a la parada de buses y viceversa cuando el esposo no la puede llevar a su destino] tengo suficiente, verdad, y no le he dado énfasis” (Entrevista, Caso “D”).*

Algunos autores concuerdan con la importancia y el beneficio que conllevan la ejecución de la actividad física regular en los individuos, la que es considerada como un componente de los denominados estilos de vida saludables (Sarmiento, s.f.; Ramírez, 2002; Prieto y Nistal, 2003; y Bahamonde, Vio y Salinas en Albala y otros, 2004). Del mismo modo, coinciden en que se debe prestar atención a factores como la intensidad, tipo de actividad, tiempo, frecuencia y forma en que se haga, de tal forma que se cumplan los requisitos mínimos para que produzca efectos benéficos para la salud física y psicológica; incrementando así la calidad de vida; esto en correspondencia con los que señalan que, como en el caso “D”, la mayoría de personas no realizan actividad física en grado suficiente (Jacoby, Bull, y Neiman, 2003).

De este modo, si el objetivo primordial de la unidad de análisis es lograr una vida “sana y saludable”, se necesitaría entonces tener en cuenta otra serie de aspectos, como la forma en

que realiza o cree que debe realizar la actividad física, entre algunos otros, para aspirar a la salud; desde una forma más integral.

Por otro lado, el entorno familiar y religioso son los ambientes donde la unidad de análisis desarrolla sus relaciones interpersonales y ejecuta sus actividades vitales, dentro de los roles de esposa, madre, hija y hermana respectivamente. Cualquier otra relación o actividad fuera de estos dos entornos pareciera no tener cabida:

*“...pienso que clasifico tanto la palabra amigos, que cuando pienso en un amigo o en una amiga me cuesta encontrar. Si yo pienso en una amiga mía, empiezo a cerrar y cerrar y cerrar y me quedo con mis hermanas, verdad” (Entrevista, Caso “D”).*

*“...la gente de la Iglesia son también mis amigos pero entonces los clasifico como hermanos en Cristo, no los tomo (...), ni como amigos...” (Entrevista, Caso “D”).*

*“...ni Frank ni yo tenemos amigos que, digamos vienen a la casa (...). Cuando hacemos una reunión o algo así, siempre es con la familia” (Entrevista, Caso “D”).*

Si bien el caso “D” cuenta con importantes redes de apoyo en el ámbito familiar y religioso, la falta de motivación hacia el desarrollo de redes dentro del ámbito social comunitario, podrían igualmente, estar representando factores de riesgo en las prácticas de salud, lo cual podría interferir en el buen desarrollo de las distintas habilidades sociales tales como la resolución de conflictos, la expresión de sentimientos y deseos, la valoración de la diversidad y la ampliación de los recursos personales para enfrentar el estrés propio de la vida familiar; todas consideradas como factores protectores para la salud y requeridas para el buen desempeño de las relaciones interpersonales en ámbitos desconocidos y, por consiguiente, el desarrollo de estilos de vida saludables (Castillo en Albala y otros, 2004).

Sin embargo, se pueden rescatar como factores protectores dentro de estos dos ámbitos, los espacios para la pareja con los que cuenta la unidad de análisis, pero sobre todo, el grado de satisfacción y placer que encuentra en la realización de cada una de estas actividades a saber: las compras de los alimentos, los arreglos de la casa, la jardinería, los espacios para vacacionar y las fiestas familiares.

Otro de los factores protectores lo constituyen las actividades recreativas (diversos tipos de manualidades como tejido, bordado, el canto y la lectura, algunas al aire libre como jugar “raquetitas” y caminar). Todas éstas consideradas por ella como fuentes de gran motivación y placer. Cabe destacar que las actividades recreativas que requieren de movimiento o bien son realizadas al aire libre, traen efectos beneficiosos para la salud física, mental y espiritual; además de ser altamente motivadoras (Pezoa, Vidal y Guzmán en Albala y otros 2004). Es importante señalar que el fin último que persigue el caso D, de acuerdo a su discurso, es llegar a ser una “viejita saludable y flexible”.

En resumen, se podría inferir que el caso “D” podría estar encontrando por medio del seguimiento de las normas de la religión, no solo el sentimiento de estar ubicada dentro de un contexto, sino también con el control de éste la estabilidad que no experimentó, por largos períodos de tiempo. Igualmente, todo ello determinaría, de alguna manera, la forma singular en que “D” estaría promocionando los estilos de vida saludables, dentro de su contexto familiar.

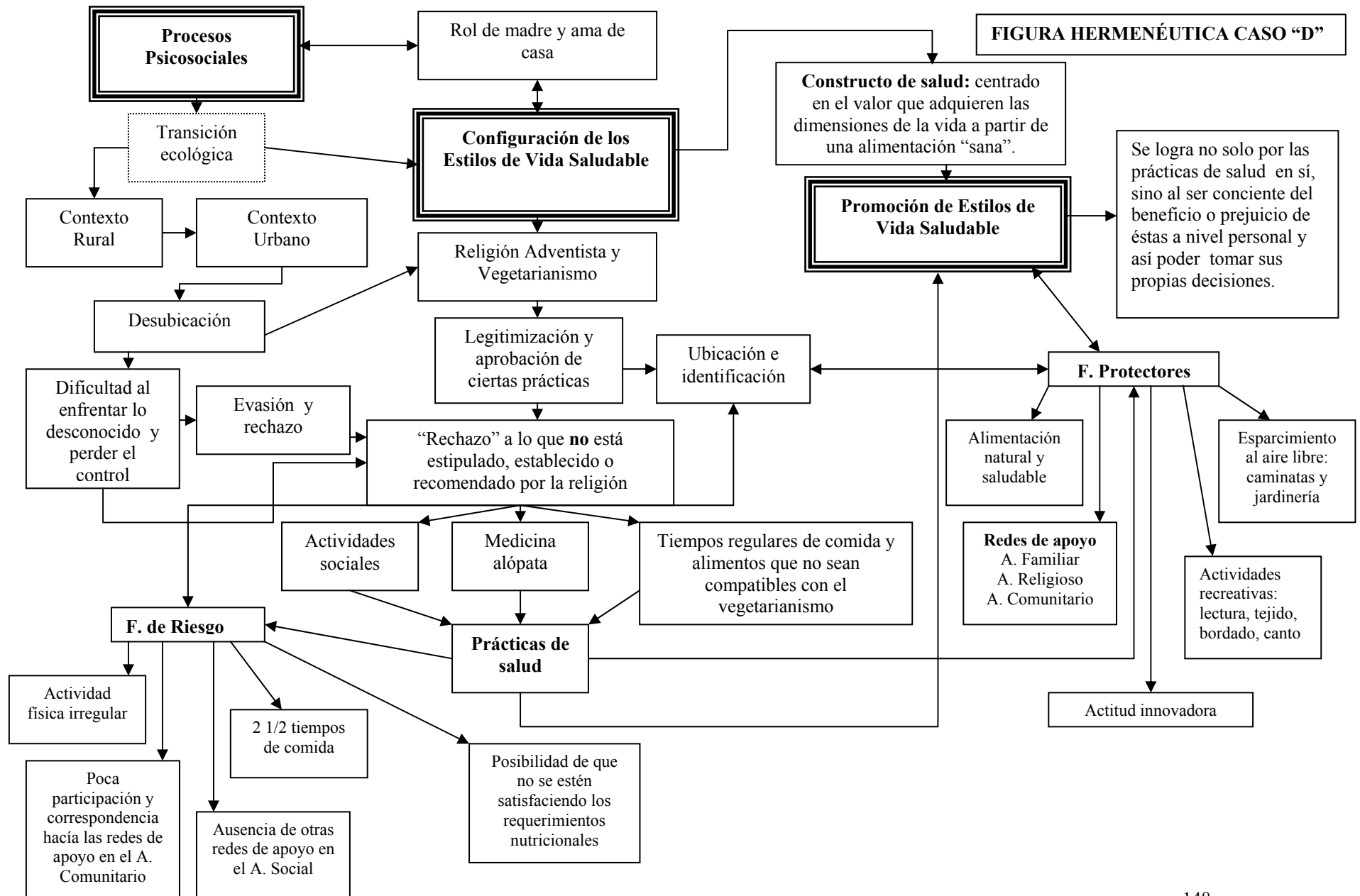
### **Promoción de los estilos de vida saludable**

#### **“En busca de una salud particular”**

La singularidad del estilo de vida del caso “D” está enfocada, como se vio previamente, a poder lograr tener una vida larga, sana y saludable. Tal proceso se ha ido desarrollando y manifestando en las diferentes prácticas de salud, que a su vez han pasado previamente por su desarrollo como persona, sus recursos y contextos de interacción (Grau en Flórez y otros (2005). Aunado a estas prácticas se puede rescatar, de acuerdo con los autores, una serie de cualidades positivas que posee el caso “D” como la esperanza, la perseverancia, la creatividad, la espiritualidad, la responsabilidad y la visión a futuro, que de acuerdo con los modelos salutogénicos permiten que la persona interactúe con los diferentes medios con posibilidades de enriquecimiento y de desarrollo personal; aspectos que, si bien están siendo utilizados por “D” en la búsqueda de una salud particular, podrían ser bien rescatados para ser tomados en cuenta como ejemplo de los diferentes recursos con los que cuenta y que; lejos de propiciar la

enfermedad, favorecen la salud, relacionándola con la presencia de una óptima capacidad de trabajo, deseos de actividad, inclinación al logro de éxitos significativos y también, por el predominio de un sentimiento de bienestar, de alegría de vivir y de autorrealización personal (Graud y Martínez citados por Grau en Flórez y otros 2005).

De esta forma, en su afán de vivir una vida sana, el caso “D” ha logrado desarrollar e implementar una serie de herramientas que la ubican, de alguna manera, en una posición activa y propositiva en su propia búsqueda, según puede ser rescatado desde la comprensión de la configuración de su estilo de vida, contemplando la dinámica de sus procesos socio-individuales, según se presentan en la siguiente figura hermenéutica.



La figura anterior permite distinguir la intención consciente que anima la acción del caso, la función que ese accionar juega en el desarrollo de su estilo de vida y hasta donde éste ha sido determinado por el ambiente sociocultural.

En palabras textuales “el llegar a ser una viejita saludable, que pueda moverse sin ningún problema y sentirse bien”, podría estar representando la intención o el propósito que alberga la elección de las diferentes prácticas “saludables” que el caso “D” ha elegido para sí. Tal intención se encuentra íntimamente ligada al conjunto de valores personales, representando éstos la motivación básica en la vida de ella. De ahí que su accionar estará orientado hacia la realización de estos valores.

Ahora bien, este sistema específico de valores personales ha sido adquirido a lo largo de los procesos psicosociales, representando el medio ambiente familiar, dentro de un contexto rural, uno de los mayores condicionamientos para este caso. Las vivencias y sentimientos relacionados con su experiencia en este período en particular, junto a su abuela paterna y entorno en general, juega un papel importante en la parte consciente de su elección.

Se podría inferir entonces que, el significado que tiene la realización de las distintas prácticas para el caso “D”, es la identificación que pueda obtener con la época más representativa y placentera de su vida. Tal comprensión constituye entonces, un valioso objetivo dentro de esta estructura, por cuanto es éste el que podría estar dando origen a tal elección.

Es importante rescatar que, es a partir de la transición ecológica, o traslado del contexto rural al contexto urbano, que la unidad de análisis se tiene que enfrentar, reiteradamente, a una serie de nuevas situaciones y eventos que le resultaban muy difíciles y dolorosos de sobrellevar; extendiéndose así la fase de acomodamiento a largos períodos de sufrimiento y desubicación.

La función que desempeña el accionar de este caso, en específico, podría estar siendo buscada en forma no consciente por ésta. Así, la función o meta perseguida por la unidad

de análisis bien podría ser, el lograr sentirse ubicada y parte del contexto; lo que implica sentirse querida y aceptada.

El no ser conciente de tal búsqueda, puede haber estado provocando la legitimización de ciertas prácticas con las que se identifica, dentro del ámbito religioso; uno de los contextos más determinantes en los últimos seis años de su vida y a la vez, el rechazo de otra serie de prácticas que de acuerdo a ella, no han sido y no son actualmente de su agrado y por tanto, no se identifica con éstas.

Cabe mencionar que, tal falta de identificación con ciertas prácticas ha representado un denominador común, aún desde temprana edad en su vida. Lo que podría estar representando un factor de riesgo que impida o interfiera en la intensión, o sea, “llegar a ser una viejita saludable, que pueda moverse sin ningún problema y sentirse bien”.

Sin embargo, tanto las prácticas legitimizadas como las prácticas rechazadas, las que suponemos podrían representar una serie de factores protectores y de riesgo para la salud del caso “D”; están siendo determinadas por los procesos psicosociales, las que de una u otra forma están configurando el estilo de vida, saludable o no, que lleva la unidad de análisis.

Así, y cumpliendo con la función de su elección ambos factores, protectores y de riesgo, estarían logrando que el caso “D” se sienta ubicada y, por ende, querida y aceptada en un contexto determinado; donde se desempeña, primordialmente, en su rol de madre y esposa.

De igual forma, se estaría promocionando una salud que se fundamenta, principalmente, en el interés que este caso en particular ha puesto al tipo de alimentación que ingiere y, al impacto que ésta pueda ejercer en las diferentes dimensiones de su vida, así como el ser conciente del beneficio o no de las prácticas de salud a nivel personal y de esta forma, poder tomar sus propias decisiones en cuanto a éstas.

## **Análisis del caso “E”**

**(Por Karina León)**

### **Procesos Psicosociales**

#### **“Valoraciones sobre la relación entre los contextos (lo subjetivo y lo sociocultural)”**

En el caso “E” existen realidades vividas en su entorno social, que describen las necesidades subjetivas que desea satisfacer, al tiempo que se define la dialéctica entre él como persona y su contexto. Su historia infantil, hace que elabore una conciencia individual y subjetiva que lo hace definir claramente lo que quiere para su vida, su autoconcepto y lo que considera favorable.

Cuando se hace referencia a las condiciones de vida, apoyo, recursos materiales y humanos, inevitablemente se deben mencionar entes socializadores como familia, escuela y religión. En este aspecto el caso “E” expresa abiertamente que no tiene un alto interés por crear círculos de amigos; con sus compañeros de trabajo se lleva bien pero no le interesa crear lazos de amistad y con su familia no tiene un contacto diario, pues no se ven mucho, por lo que podría aducirse que sus redes de apoyo son limitadas por él mismo, situación que a él le causa bienestar y tranquilidad, constituye un factor protector, sin embargo a largo plazo habrá que avistar que tan “beneficioso” es su aislamiento y que éste no se convierta en un factor de riesgo.

Desde su infancia aprende a ser independiente porque el papá se va, y le corresponde a él cumplir un rol paterno; eso hasta hoy le crea seguridad, proceso que lo lleva a decidir vivir sólo. Deja entrever con su actitud, su necesidad de “argumentar” de alguna manera no consciente, que su independencia, su idea de ser autosuficiente y su autoconcepto (un hombre al que le gusta hacer todo bien, que es exigente y que no necesita de nadie), están precedidas e influidas por su contexto histórico y eso de alguna forma lo “justifica”.

Por esta razón se reafirma que en su interacción con el medio social “E”, al igual que todas las personas, tiene asimilaciones significativas, va más allá de los moldes sociales, es una actividad constructiva que da cuenta de sus argumentos. Definitivamente existen

aspectos fundamentales que participan en la configuración del estilo de vida de “E”, donde tal y como lo dice Vigostsky, “E” no participa pasivamente de su vida, sino más bien utilizando sus herramientas para entender su realidad, y reconstruyendo así su propia historia, obteniendo como resultado de este proceso un estilo de vida configurado, utilizando los artefactos socioculturales, sin perder de vista la esencia personal (Vigotsky citado por Hernández, 1998).

La influencia de la sociedad en su conjunto y su complejo sistema de relaciones, coloca a la persona en una posición de pertenencia a determinada clase; esto sería el nivel *macrosocial* y el nivel *del micromedio*, los cuales inevitablemente determinan su nivel *individual*, pues marca y regula su forma de conducirse, en este caso. Todos estos niveles aunque se presentan en la teoría separados en su definición, actúan de forma sinérgica en el acontecer de las personas (Morales, 1999), así sucedió con el caso E, que en su infancia no se pudo colocar en el nivel macrosocial con un estatus económico alto, pues su situación no lo permitía, sin embargo actualmente en el nivel macrosocial y micromedio es reconocido por su alto estatus social, situación que determina claramente su nivel individual.

El caso “E”, hereda gustos, valores y creencias familiares, pero no por ello este conjunto de creencias lo atan a un estilo de vida determinado. Hay reproducción de roles, pues la familia como ente socializador le inculcó esa forma de actuar. Así lo manifiesta cuando dice que su madre es su ejemplo, y agrega que su situación le enseñó que tiene que hacer “todo” muy bien.

Las necesidades sociales que le exigen continuamente y la prevalencia de necesidades, propias o creadas que la familia vivió, se convierten en un recurso para entender lo experimentado, aceptarlo y explicar el estilo de vida que posee actualmente. “E” decide que el apoyo familiar sea a la distancia, no dependiente y autosuficiente.

Si bien es cierto el caso “E” es complaciente con los requerimientos de su medio para satisfacer algunas de sus necesidades (un buen trabajo, pertenecer a un club para practicar deporte y mezclarse con personas de altos ingresos económicos); también busca espacios que le permitan sentirse realizado, (tener un apartamento para él solo, viajar solo, esto para

no informar a nadie de lo que hace) y poder manifestar así el carácter subjetivo de aislamiento e individualidad que le causa bienestar.

En cuanto a las redes de apoyo, nos dice:

*“Con mis compañeros me llevo bien, pero me limito a trabajar, la amistad ha sido con pocas personas, en realidad no hago lazos tan fuertes. En cuanto a mi familia compartimos como adultos, es un apoyo, no se meten tampoco. Desde pequeños mis hermanos y yo vivimos solos con mi mamá... y creo que eso fue lo mejor, me hizo mejor persona” (Entrevista, Caso “E”).*

Pudo observarse a lo largo de las sesiones realizadas con el caso, que muchos elementos que salieron a flote en su discurso, indican que van muy guiados por una “necesidad de ser mejor” y no vivir todo aquello que en algún momento lo hizo sentir mal. De acuerdo con Restrepo en Restrepo y Málaga (2001) sería contar con las necesidades básicas tales como tener dónde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, así como acceder a otros componentes de la salud como lo son, la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer y de tener acceso al arte y la cultura. En propias palabras de “E” es lo mismo, pero con su marca personal: “estabilidad en el trabajo, sentirme cómodo, desarrollo profesional, casarme, y todo depende primordialmente del favor de Dios y lo que dice un papel que una vez me regalaron: “poner a caminar las destrezas que uno tiene”. (Entrevista, caso “E”).

En este caso las condiciones de vida (historia de vida), lo hicieron asumir actitudes que le permiten convivir cotidianamente, y a su vez transforman sus motivaciones, aspectos fundamentales en la configuración de los estilos de vida de las personas.

El discurso de “E” refleja una necesidad de independencia y a su vez la necesidad de demostrar que puede sobresalir y ser una persona con poder económico y reconocimiento social, por lo que asume ciertos roles (trabajar mucho, le gusta ser el novio perfecto, el mejor en su trabajo, el mejor en el deporte que practica). Estos últimos son motivadores principales para el caso E, para dar un giro a situaciones vividas. Así lo explica Abarca (1995), cuando manifiesta que tal y como se transforma el medio se van modificando las necesidades subjetivas de cada ser, y si seguimos, su aporte teórico completa aún más el recorrido del caso E, cuando manifiesta que no podemos definir el proceso motivacional

sin verlo dentro de un contexto, relacionado con la experiencia personal y social...en constante cambio...” (Abarca, 1995, p.6).

Una vez que se comprende y ubica al caso “E” como un ente integral, se comprueba que no es posible anular o invisibilizar aspectos psicosociales tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, comportamientos; interacciones personales, familiares; condiciones sociales, políticas, económicas, culturales, entre otros; que por ende son aspectos que lo consolidan, y que responden a su historia de vida, marcada por el contexto en el que se desarrolló desde pequeño.

En su caso es evidente que la caracterización que da de sí mismo, es una traducción de sus vivencias y aprendizajes: “Me siento bien con lo que vivo todos los días, por hacerlo no me incomoda, es casi como halar un archivo, no me siento a inventarlo, se que está ahí y me gusta...”, y agrega: “me crié en clase media con lapsos de media-baja y ha afectado” (Guía descriptiva sobre sí mismo, caso “E”). Si a esto le unimos su descripción de que es, según sus propias palabras: testarudo, implacable, exigente y perfeccionista, queda claro que no somos otra cosa, más que el reflejo de lo que hemos vivido.

Se percibe claramente que la historia, los valores adquiridos en su contexto sociocultural, y los significados que le dio a cada una de sus vivencias contribuyeron en la configuración de su estilo de vida.

### **Configuración de Estilos de Vida Saludables**

El constructo de salud y su dinámica en este estudio de caso se utilizan como referentes en la definición de los estilos de vida.

En este apartado podemos hablar de salud, partiendo de que al mismo tiempo estamos concibiendo el valor significativo que la persona, y en particular el caso “E” le otorga a su realidad cotidiana. Se puede inferir que cuando algún área de la vida de él se ve afectada, o sus aspiraciones no son alcanzadas, posteriormente esto puede influir en su estilo de vida y por ende, en la calidad, como el mismo lo dice:

*“me marcó vivir lapsos de clase media-baja...las injusticias es lo más desagradable que tiene el estar vivo sobre el planeta” (Ejercicios de proyección, Caso “E”).*

De esta manera las demandas sociales, los hábitos, las conductas de la vida familiar, profesional, comercial, social, cultural, generan modelos de comportamiento subconscientes, y el estilo de vida de la persona va a reflejar concluyentemente lo que el individuo decide implementar, determinados por las condiciones de vida.

Hay una manifestación clara en el caso “E”, de que su modo de vida está protagonizado por libertad e independencia y autosuficiencia, factores que además de brindarle bienestar, satisfacen sus necesidades. Este sentimiento subjetivo en cuanto a la satisfacción de las necesidades del caso “E” en algunos casos es socialmente influido, pero para él es una necesidad, por ejemplo la necesidad de apartarse del ambiente familiar para lograr su desarrollo personal.

El constructo de salud que “E” posee, revela su realidad, determinada por la cultura, historia, un contexto, religión, estatus social y además por sus condiciones sociales, económicas y políticas que influyeron e influyen en el modo como “E” se percibe. Por lo tanto, el constructo de salud que el caso E posee, tiene una relación directa con su proceso de socialización, que le resta importancia a los factores psicológicos y emocionales y se centra en el aspecto físico y económico.

Esto sucede porque el ser humano logra reflexionar e inclusive cuestionarse sobre la realidad que enfrenta, pero también busca la posibilidad de modificarla. Sin embargo, la actitud de cada persona hacia un cambio se ve invadida por “los mensajes” que el sistema social ha difundido de manera general, sobre lo que es o “debe ser” un “estilo de vida saludable”.

La temática de la motivación también es parte de la constitución de los estilos de vida de cada persona, pues el grado de motivación que la persona maneje y de igual forma la que el medio sociocultural le suministre van a determinar la calidad de vida que tenga, esto se demuestra con el caso “E”, con los cuidados constantes de su salud, disfrutando su vida y haciendo del ejercicio, “comer bien” y disfrutar de lo que hace un conjunto de factores que hacen su bienestar. *(Entrevista, Caso “E”).*

En el caso “E” se denotan varios temas recurrentes, entre los que están: dualismos o dicotomías, perfeccionismo aunado a un “repudio por la mediocridad” y aislamiento que podríamos considerar como una manifestación de carencias latentes.

Partiendo de que él tiene una historia de vida que se dibujaría de la siguiente manera: una familia que se desintegra en su infancia, una mamá que trabaja para sacar adelante a sus hijos y comunica el discurso de “amar lo que se hace, luchar, hacer las cosas muy bien, con ‘quereme’ (que significa para ellos amor) y sobretodo ser fuertes y cumplir con sus responsabilidades”; puede decirse que el caso “E” interiorizó el discurso y lo transformó en su cotidianidad con actitudes perfeccionistas en su trabajo, estudios, deporte que practica, relación de pareja (*Ejercicio de proyección, Caso “E”*).

En su exigencia constante, expresa irreverencia, tal y como lo manifiesta diciendo que no tiene que quedar bien con nadie, “poco me interesan los comentarios tontos”, por lo que se aísla de todo y todos aquellos que le parecen “perdedores, tontos, indecentes o mediocres” (*Guía descriptiva sobre sí mismo, Caso “E”*).

Parece que para “E”, un pilar primordial en su vida, es alcanzar metas, cumplir sus objetivos, hacer las cosas bien, para perfeccionar su condición de vida. Guisti (1991), señala que la percepción del individuo sobre su estado de bienestar es fundamental, ya que es la persona quien tiene los argumentos para externar si su calidad de vida le satisface o no, esto le permite construir herramientas que le ayudan a lograr estilos de vida saludables y con calidad.

El contacto que tuvo “E” con su contexto le dio y le sigue dando la posibilidad de percibir que posee necesidades subjetivas que desea satisfacer: comer bien, hacer ejercicio, comprar ropa fina, vivir solo en casa propia, viajar y que de igual manera, existen necesidades sociales que le exigen constantemente: estatus social y económico alto. Sin embargo, la interrelación entre el caso “E” y el contexto ha desembocado en una conciencia individual y subjetiva que le permite decidir lo que quiere para sí mismo y lo que considera satisfactorio para su vida.

Y en este caso también participan además de los determinantes sociales de la salud, los determinantes subjetivos del estilo de vida actual en particular, pues la información-educación que “E” recibió de su contexto parece que le condujo a construir una actitud de benefactor, contribuyendo con su autorrealización, pues siempre quiso ayudar a las personas económicamente, y hasta ahora está lográndolo, además esto le da estatus social, con esto él siente que adquirió del entorno la oportunidad de disfrutar de nuevos espacios, aspecto relevante en este caso para lograr bienestar y por ende salud. En conclusión, el hecho de que en el caso E, o cualquier persona adquiera comportamientos saludables va a depender de sus creencias, de sistemas socioculturales que lo influyen y las decisiones de vida que la persona tome.

### **Promoción de estilos de vida saludable**

#### **“Prácticas que desde la cotidianidad están vinculadas con la promoción de la salud”**

La percepción de “E” sobre su estado de bienestar, al igual que las formas de comportamiento que manifiesta, son sus expresiones de selectividad y nivel de satisfacción, de lo que lo hace sentir realización personal. Por lo tanto, la representación de calidad de vida de “E” tiene mucho que ver con la interrelación entre condiciones de vida socialmente posibles para él actualmente, comparándolo con su vida en la niñez y las percepciones subjetivas que él adopta por influencia social.

En el Caso “E”, el actuar tiene que ver con la socialización que ha tenido, ya que ha provocado que incorpore en su vida una serie de conductas tanto promotoras como inadecuadas para la salud. Posee un concepto integral de salud, puesto que hace una asociación directa entre ejercicio, buena alimentación, y tranquilidad emocional, lo particular es que él agrega el status social, pues según indica es lo que le permite sostener su estilo de vida y le satisface. Esta posición, que se encuentra estrechamente relacionada con características particulares de su historia de vida, refleja también en alguna medida, tal como señala Morales (1999), que parte importante en la definición de los estilos de vida lo constituyen los condicionantes socioeconómicos y socio-ambientales o contextuales.

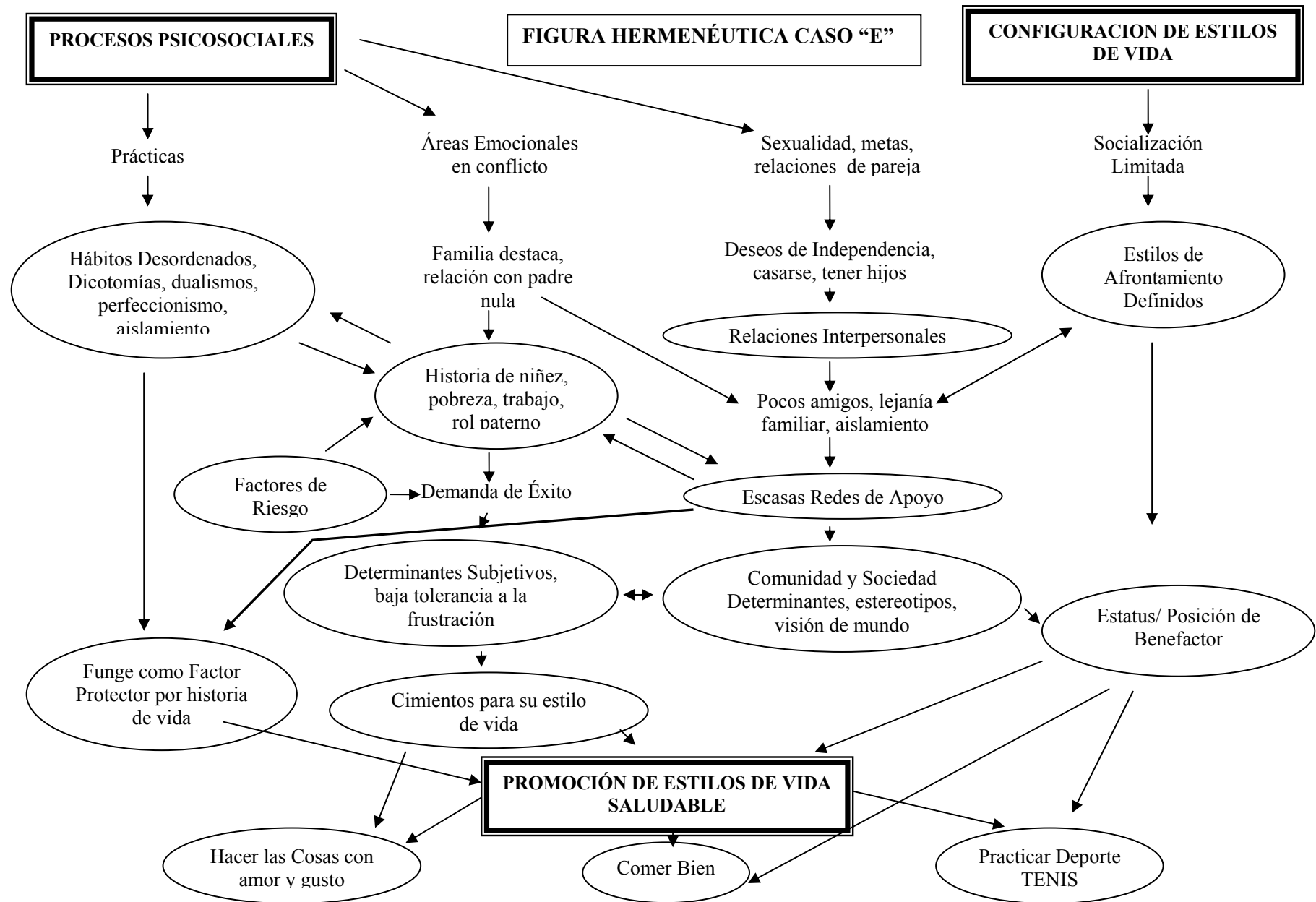
Según Abarca (1995), las necesidades sociales se convierten en exigencias para el sujeto, que a la vez tienden a aparecer y desaparecer debido a los intercambios que el ser humano mantiene con el mundo físico y social. Esto es evidente en “E”, pues "superar su historia

pasada” se convirtió en una exigencia para sí mismo, por lo que, incluso podría inferirse que muchas de sus prácticas no han sido propiamente una elección, sino más bien producto del aprendizaje (*Entrevista, Caso “E”*).

Está claro que “E” cuenta con una especie de modelos de comportamiento, hábitos, conductas organizadas de vida familiar, profesional, comercial, social, cultural y de ocio, así como de sentimientos subjetivos en cuanto a la satisfacción de los deseos, que dan cuenta de una importante influencia social en la definición de las necesidades que posee, lo que a su vez, desde una perspectiva global, habla de su salud, de su estilo de vida, en el que participan condiciones biológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas.

Existe una relación estrecha entre las determinantes sociales y la salud de las personas, podemos decir que las circunstancias económicas y sociales afectan severamente la salud de las personas a lo largo de la vida; en el caso “E”, su deterioro se destacó más emocional que físicamente, razón por la que él ha enfocado la búsqueda de una vida autosuficiente, que lo haga sentirse útil e inteligente, capaz de hacer las cosas sin ayuda y que le permita lograr un estatus económico alto, para suplir necesidades que antes tenía.

La promoción de la salud se podría convertir en un medio para empoderar a las personas, abordando determinantes sociales de la salud, que se adapten a la realidad propia. Cabe destacar que está determinada por el tiempo histórico en que “E” se ubica y que a la vez sufre demandas sociales (desde lo macro a lo micro). Este es el punto de referencia para definir su estilo de vida y concepto de salud, que se resume en la siguiente figura hemenéutica, donde se presenta el sistema de relaciones del estilo de vida del caso “E”.



Es así como se visualiza la dinámica de la unidad de análisis, resalta la historia del proceso socio histórico, en el cual se destaca la falta de la figura paterna, por lo que “E” asume roles de responsabilidad y compromiso, además se destaca la pobreza en su niñez, factor que eleva la intención consciente que le motiva a la acción actualmente, entendiéndose ésta como la autorrealización por medio de dos variables básicas: el nivel económico alto y estatus sociocultural, lo que le permite el desarrollo de su estilo de vida y a lo cual evidentemente aporta la cultura y el medio en que se desarrolló en su infancia.

Así, la intención de “E” es tener una buena vida y destacar en todo lo que se propone hacer, desde lo más simple y trivial hasta lo más elevado, tal como lo manifiesta: “me gusta hacer todas las cosas bien, soy perfeccionista” (Ejercicio Guía descriptiva sobre sí mismo, caso “E”). En este caso el significado de su intención se centra en surgir, crecer y no volver a la situación económica y emocional que vivió en su niñez.

En tanto, la función de sus acciones se centra en evitar repetir actitudes del pasado que le molestaron en personas importantes para él, para no vivir más experiencias como las que lo marcaron a temprana edad. Además de demostrar que puede hacer lo que se propone, y ser parte de un contexto social exigente en todo sentido, desde el factor económico hasta la manera de relacionarse con los demás, para no vivir más experiencias como las que lo marcaron a temprana edad, así trata de romper estereotipos que marcaron su infancia, y roles asignados que busca desmitificar.

Por lo que su meta actual es conformar una familia, y sentirse realizado, situación que le da bienestar, esta función destaca en su desarrollo cotidiano aún en contra de la realidad socio-histórica que lo precede. Es decir, actúa aún con los condicionantes de su historia, tal es el caso de su situación económica familiar y condiciones emocionales generadas por la desintegración familiar

Todas estas prácticas, tal y como se detallan en la figura, son determinadas por los procesos psicosociales, es decir, configuran el estilo de vida de la unidad de análisis.

## **4.2 Sobre la diversidad de estilos de vida saludables**

A partir del análisis particular de cada caso, queda claro que hablar de estilos de vida implicaría retomar todas las dimensiones que constituyen al ser humano durante su vida, por lo que disociar al sujeto de su historia, experiencias, modo y condiciones de vida, así como del contexto; limitaría la comprensión de los innumerables procesos psicosociales que influyen de manera integral sobre la configuración de los estilos de vida. Es por esto que consideramos pertinente presentar el siguiente cuadro resumen sobre las distintas caracterizaciones de la *intención, significado, función, y condicionamiento* para cada uno de los estilos de vida considerados:

**CUADRO N° 9**

**Resumen sobre la intención, significado, función y nivel de condicionamiento de cada caso revisado**

<b>Categoría</b>	<b>Caso “A”</b>	<b>Caso “B”</b>	<b>Caso “C”</b>	<b>Caso “D”</b>	<b>Caso “E”</b>
<b>Intención</b>	Reproducir los valores y costumbres.	Ser un niño saludable.	Establecer una familia unida.	“Llegar a ser una viejita saludable”.	“Tener una buena vida”. Ser bueno en todo.
<b>Significado</b>	Remontarse en la medida de lo posible a su pasado para tener un mejor presente.	Lograr la aprobación de sus padres.	Entrega por sus seres queridos.	Identificarse con la época más significativa de su vida.	Surgir, crecer y no volver a la situación que vivió en su niñez.
<b>Función</b>	Perpetuar sus valores, costumbres y creencias, a pesar del paso del tiempo.	Asumir un lugar de hijo menor que implica dependencia.	Proveer a sus hijos y familia de valores.	Sentirse ubicada y parte de un contexto (querida, aceptada).	Evitar lo que no pudo antes. Demostrar que puede hacer lo que se propone.
<b>Nivel de Condicionamiento</b>	Referente familiar de su infancia. Contexto laboral previo.	Contexto en el que se encuentra inmerso el niño y específicamente el ambiente familiar influenciado por la sociedad.	Referente familiar de su infancia. Experiencias, demandas, costumbres de su contexto socio –cultural.	Medio ambiente familiar en un contexto rural.	Situación económica familiar y condiciones emocionales generadas por desintegración familiar.

**Fuente:** Elaboración Grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

El cuadro anterior permite comprender que, a pesar de que puedan existir puntos convergentes o conciliatorios en los casos revisados, la razón de ser de cada una de sus acciones en perspectiva de la salud, va a estar mediatizada por su realidad socio-histórica y el significado que desde las distintas subjetividades pueda surgir. Amén de ello, conviene retomar de forma conjunta el análisis de los casos a partir de las categorías de análisis a las que fueron sometidos para su estudio.

### **4.3 Perspectiva psicosocial de los casos estudiados de acuerdo con las categorías de análisis definidas**

Considerando las tres categorías principales sobre las que se abordó el estilo de vida de cada caso, se presentarán los elementos que fueron identificados como fundamentales en los procesos psicosociales que intervienen en la construcción del estilo de vida de cada uno de ellos, los aspectos que configuran su estilo de vida, así como las prácticas que desde su cotidianidad están vinculadas con la forma en que conceptúan, materializan y promocionan la salud.

#### **4.3.1 Sobre los procesos psicosociales implicados**

El ser humano es parte de una realidad, que posee un significado subjetivo y que a la vez, es el resultado de su construcción socio – histórica. Dicha construcción le permite explicar los roles, hábitos, comportamientos, patrones y valores que adquiere e internaliza como las bases que le permiten definir el estilo de vida que desea y elige experimentar.

La historia sociocultural de la cual es parte, refleja una historia personal significativa, que se destaca por un significado que cada uno le asigna. Pero, ¿cómo lo asigna? pues tal y como se pudo observar en los discursos de las unidades de análisis (casos), las condiciones de vida que cada sujeto experimenta, lo hacen asumir prácticas que le permiten subsistir diariamente. Abarca (1995), alude que el sujeto toma del medio, es capaz de transformarlo tanto como éste lo transforma a él, por lo que las necesidades subjetivas pueden permanecer o desaparecer de acuerdo al contexto y a las demandas del mismo; a lo que Giusti (1991), agrega que es mediante el proceso de socialización como el individuo hace suyos, los valores, creencias y tradiciones de su grupo.

Así; cada una de las unidades de análisis dejó claro cuál es su manera de confrontar las diversas situaciones de sus vidas, evidentemente permeadas por su historia y su realidad próximas a partir de grandes aspectos motivacionales (familia, creencia en Dios, valores, principios y apropiación de roles, expectativas e incluso exigencias), lo que en palabras de Giusti (1991), sería introyección del entorno y por parte de Abarca (1995), la manera en que influye en el medio y se ve influido; y que a su vez algunos estudios identifican como elementos importantes en el mantenimiento de prácticas saludables o en proceso de cambio hacia el mejoramiento de la salud, (Leignadier, Valderrama, Vergara y Fajardo, s.f.; Maya 2001; Tovar, y Lozano, 2004; Trujillo, Tovar, y Lozano, 2004; Gómez, Jurado, Viana, Da Silva, y Hernández, 2005; Orejudo y Froján, 2005; Calixto, 2006; Navas y Villegas, 2006), pero que poco profundizan sobre su papel en etapas previas a la manifestación de los estilos de vida.

Resulta interesante ver como el caso A, B y D, parecen cumplir con el sistema de roles (satisfacción de necesidades familiares) que socialmente se les ha asignado y que a su vez han internalizado desde el discurso familiar. En cuanto al caso C y E, tratan a su manera de “salir de ese rol tradicional” impuesto por la sociedad, con el fin de incursionar en nuevos espacios, por ejemplo, C expresa: “con la lucha todo se puede” lo que permite inferir que al momento de enfrentar un cambio drástico en su vida, busca actividades nuevas y fortalece la imagen de sí misma descubriendo sus habilidades; de igual manera E dice que cuando se encontró con problemas en el hogar, decidió salir de ahí e independizarse, para no caer en “problemas innecesarios”, aspectos que rescatan Biddle (1979) citado por Gómez, en Flórez y otros (2005) y Giusti (1991); sin embargo, a pesar de esto, ambos casos terminan cumpliendo con una demanda de lo externo que es asumida.

No en todos los casos el asumir este rol significa que el individuo lo considere causa de satisfacción, pues en algunos de los discursos se percibe cierta ambigüedad al tener que compartirlo con otros roles que se relacionan con el crecimiento personal (caso A ), se asegura tener salud física, olvidando la recreación y en general, el desarrollo integral (caso B, D y E ) o considerándolo como aspectos a retomar en ciertos momentos de la vida (casos A y C) cuando ya se ha concluido con la etapa de “productividad según la sociedad” o cumplido con el peso de sacar adelante una familia, lo que configura un estilo de vida no tan saludable; y estos pueden ser factores que ponen en riesgo su salud.

Con esto, podría asumirse que, desde la perspectiva de los casos, el acogerse a y apropiarse de roles es básico, y es un proceso por el que pasan niños y adultos, hombres y mujeres, para configurar su estilo de vida, incluso una de las unidades de análisis (caso A) manifestó que después de cierta etapa de su vida (pensión), comenzó a asumir otros roles, respaldando con ello el argumento de Giusti (1991): “los roles son parte esencial de la vida diaria, permiten predecir el comportamiento del ser humano y proveen identidad personal (...) dependemos de ellos para la supervivencia en grupo” (p. 65) y agrega, los roles se identifican de acuerdo a la edad, el estado civil y la posición del individuo en su grupo familiar, situación que se vivenció en este cambio.

Al preguntarse: ¿qué es lo que “sostiene” a las unidades de análisis?, surgen como posibles respuestas: sus familias o sus amigos, sus redes de apoyo, es decir, los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, los cuales “pueden ser fuente de afecto, de recursos o ayudas prácticas (...)” (Morales, 1999, p.164) y que para estudiosos en el campo de la salud, resultan indispensables para el mantenimiento de prácticas saludables (Maya 2001; Castillo en Albala, 2004; Trujillo, Tovar, y Lozano, 2004; Barra en Flórez y otros, 2005).

No obstante, estas redes también tienen una cuota importante de influencia en la perpetuación de prácticas que no necesariamente fungen como propiciadoras de un nivel de salud óptimo, como resulta evidente en el caso del niño (caso B) quien refleja en su discurso un sinnúmero de limitaciones en su desenvolvimiento integral, que son eco de las privaciones instauradas por sus padres; y, en alguna medida, en los casos (D y E), quienes a partir de su historia personal con amplio impacto de su interacción familiar, se autoimponen formas de actuación no siempre consecuentes con factores generadores de salud (aislamiento o poco roce social, cierto grado de hermetismo y resistencia a la incorporación de cambios en su estilo de vida y tendencia a considerar el suyo como el más ajustado), lo cual es parte de la realidad en estos casos.

Si se considera ¿cómo participan estas redes de apoyo en la configuración de los estilos de vida?, podría pensarse que efectivamente contribuyen en los procesos de interacción de las unidades de análisis con su medio, lo que ayudaría a generar un buen nivel de salud, en caso de que significara compañía y apertura de espacios de desenvolvimiento y disfrute, y que además fuera parte de la motivación extrínseca e intrínseca que favorece el desarrollo

personal (caso C actualmente); o por el contrario, en el caso de que se encuentren disminuidas (casos B, D y E) o presentes, de forma implícita, en la toma de decisiones contradictorias en cuanto a lo que se “sabe y conoce” como práctica saludable y lo que realmente se acciona (como en los casos de A, B, D y E), perjudicaría gradualmente su salud.

Podría decirse entonces, que el hecho de que las personas inicien y se mantengan en un tipo determinado de estilo de vida viene en parte condicionado por diversos factores sociales entre los que destacan, los factores culturales, los factores institucionales, la escuela, la familia y demás grupos. Desde esta dinámica las personas elaborarán su estilo de vida con ciertos valores, creencias y actitudes que les permitirán afrontar con mayor o menor éxito su vida, con conductas de riesgo y con conductas de protección para su salud.

#### **4.3.2 Sobre la configuración de los estilos de vida de los casos...**

A partir de lo anterior, se confirma cómo los procesos psicosociales juegan un papel trascendental en la configuración del estilo de vida de las unidades de análisis, pues les permite entender, aceptar y modificar el estilo de vida que poseen. Tales procesos hacen que el individuo internalice costumbres y/o hábitos que no sólo configuran su estilo de vida actual, sino que influyen en su salud. Por esto, considerando que, los estilos de vida se estructuran desde lo social y lo personal, lo cual implica tomar en cuenta el contexto en que se desarrollaron y desarrollan las unidades de análisis, podríamos señalar que los cambios sociales que se dan en la temporalidad y en su entorno, participan de forma significativa en la manifestación de su expresión en la salud y forma de entenderla de los casos en cuestión, de modo tal que la lógica de sus prácticas, aunque puede ser identificada más o menos cerca de la protección o del riesgo, igualmente responde al interjuego presentado en cada uno de los casos cuando fueron descritos de forma separada.

De acuerdo con la información obtenida de cada uno de los casos, se puede identificar una serie de factores (hábitos alimentarios irregulares o inapropiados, exceso de trabajo, poco descanso, sedentarismo, poco o nulo control médico, aislamiento comunitario o poco roce social, dificultad para reconocer características personales y valorar las propias acciones) que potencialmente podrían significar riesgo para la salud, según lo han señalado algunos

investigadores (Leignadier, Valderrama, Vergara y Fajardo, s.f.; Guisti, 1991; Jacoby, Bull, y Neiman, 2003; Prieto y Nistal, 2003; Varo, Martínez, y Martínez, 2003; Castillo, Olivares, Minoletti, Salinas y Vio en Albala y otros, 2004; Gómez, Jurado, Viana, Da Silva, y Hernández, 2005; Orejudo y Froján, 2005; Silvestre, y Stavile 2005; Calixto, 2006; Tercedor y Delgado, 2006; Palomo, Márquez, Ortún, y Benavides, 2006; Moreno, González, Marcos, Jiménez, Sánchez, Mesana, Gómez, Vicente, Díaz, y Castillo, 2007).

Junto a ellos, destacan otros (unión familiar, participación en actividades religiosas o comunitarias, control médico, cuidado en la dieta, práctica de actividades físicas, recreación, capacidad de análisis y perspectiva de cambio, búsqueda de superación personal) que en la mayoría de los casos en que se presentan, cumplen el papel que se adjudica a los factores protectores que caracterizarían un estilo de vida saludable, pues al reflejarse en sus actos, actitudes y prácticas permiten desarrollar una mejor calidad de vida, tal como sugieren los estudios en el campo de la salud (Leignadier, Valderrama, Vergara y Fajardo, s.f.; Guisti, 1991; Maya 2001; Jacoby, Bull, y Neiman, 2003; Prieto y Nistal, 2003; Varo, Martínez, y Martínez, 2003; Bahamonde, Castillo, Olivares, Salinas y Vio en Abala y otros, 2004; Maya, 2001; Trujillo, Tovar, y Lozano, 2004; Gómez, Jurado, Viana, Da Silva, y Hernández, 2005; Calixto, 2006; Navas y Villegas, 2006).

Además de los anteriores, cabe hacer mención de algunos elementos que relacionados con lo socio- cultural (conocimiento, mitos, creencias, globalización e información de medios de comunicación) podrían fluctuar entre una u otra dimensión (riesgo o protección) o que constituyen componentes significativos a los que se les ha asignado poca atención en otras investigaciones (Prieto y Nistal, 2003; Varo, Martínez, y Martínez, 2003; Tercedor y Delgado, 2006; Moreno, González, Marcos, Jiménez, Sánchez, Mesana, Gómez, Vicente, Díaz, y Castillo, 2007), en las que únicamente se enfatiza en aspectos físicos de la salud.

Tales fluctuaciones se hacen tangibles en varios aspectos:

- Al contrastar la información que se tiene o el conocimiento adquirido respecto a salud con las experiencias de vida significativas que dan cierta estabilidad emocional, afectiva, social o personal y que, no necesariamente coinciden con lo que “científica y socialmente” se promulga como “sano” (como pudo identificarse específicamente en los casos D y E, quienes mantienen cierto grado de aislamiento,

restricciones y prácticas muy particulares cuestionables cuando se valoran fuera de contexto);

- Exigencias al cambio y/o las resistencias a llevarlo a cabo (en los casos A, B, D y E), o la tendencia a postergarlos (en los casos A, C y en forma más sutil en D) en relación también con las historias de vida y los contextos a los que se han enfrentado más allá de, o complementariamente con las características personales;
- Distintos grados en que una u otra práctica (en especial la realización de actividad física y el cuidado en la alimentación) pueden presentarse en los distintos casos analizados.

Esto remite al punto del enfoque de este abordaje, desde el cual se considera necesario hablar de “estilos de vida” y no de un único estilo de vida saludable, pues aunque no se pretende justificar cada una de las prácticas identificadas en los casos, es posible comprender en alguna medida su razón de ser, en correspondencia con su dimensión socio-histórica, detallada en cada uno de ellos.

#### **4.3.3 Cómo dentro de un contexto socio cultural coexisten los distintos estilos de vida**

Es importante señalar que, al lado de los elementos divergentes en los casos, o de aquellos en los que las dimensiones de lo “protector y lo riesgoso” fluctúan según la realidad sociocultural de la que son parte, se pudieron identificar aspectos recurrentes en ellos. Un aspecto que resaltó en todos los casos es el papel significativo de alguna “*figura*” que influye directamente, no sólo en el desarrollo de habilidades y motivación extrínseca, sino que contribuye con la construcción de un estilo de vida saludable. Esta figura puede llamarse: familia, amistades (en menor grado), trabajo o su relación con Dios. Se estaría hablando de un “sostén” para ellos, pues facilita su participación en la sociedad y contribuye con la manera de enfrentar las demandas y nuevas responsabilidades; en general y como dice Giusti (1991), “... le permite al individuo establecer su estilo de lidiar con el ambiente, su ritmo de crecimiento, su calidad de vida y a su vez su bienestar” (p.67). Así, lo que motiva a las personas en general y, en particular a los casos analizados, a partir de su historia, se explica con un factor que está directamente relacionado con su contexto y con los grupos sociales en los que se mueve, como lo son los grupos religiosos (casos A, C y D), la comunidad (casos A y C), familia (casos A, C y sobre todo B), o trabajo (caso E).

Ante las interrogantes sobre los aspectos subjetivos y socioculturales que influyen en la configuración de los estilos de vida y los fundamentos motivacionales, relacionados con procesos psicosociales que generan prácticas protectoras o de riesgo para la salud, desde la perspectiva de los casos de análisis, puede señalarse que, aunque la historia de cada persona es el punto de referencia de su estilo de vida, los aportes del entorno pueden permitirle reconstruir desde una necesidad subjetiva, social y cultural, un estilo de vida que contribuya a la salud de forma integral, que genere bienestar, motivación y dedicación o por el contrario, un estilo de vida poco saludable.

Por ejemplo para el caso C su familia le motiva a actuar y eso nos permite comprender su estilo de vida actual, para ella el cumplimiento de roles no le significó en gran medida una imposición social, sino más bien representó una fase de su vida que sobrellevó y de alguna forma supo reorientar, pues pensar en sí misma, implica reflexionar sobre lo que puede hacer para satisfacer necesidades personales, que en un momento de su historia deseaba realizar, situación que también se presenta en el caso A, en la medida en que transfigura la dedicación que tenía cuando laboraba, a su actual dedicación a obras cristianas en la comunidad. En ambos casos queda muy claro que encuentran su apoyo en Dios, con la diferencia de que eventualmente para el caso A, su “extrema” dedicación a las actividades religiosas, podría significarle un detrimento en la salud, si eso la conduce a limitarse en otras áreas de su vida.

En el caso D se percibe una búsqueda constante de identidad que curiosamente expresa en su aferrado “sometimiento” a lo que desde una perspectiva religiosa, extrapola a sus demás dimensiones de vida, fungiendo como vivo ejemplo de aquellos factores que antes mencionamos como fluctuantes entre lo protector y lo riesgoso para la salud; tal como sucede con el control excesivo de la conducta alimentaria reduciendo su ingesta y la de su hijo a menos tiempos de comida que aunque “sana”, resulta insuficiente para las demandas del organismo.

En el caso E, también en relación con el plano de identidad, es su historia infantil la que le motiva a cambiar su historia actual. Es aquí donde quizás se manifiestan más fuertemente las demandas de un medio globalizado y globalizante y en el que se presentan estos factores fluctuantes y otros socialmente reconocidos como de riesgo (pocas redes de apoyo, extrema independencia, cierto grado de aislamiento, altos niveles de autoexigencia,

excesos con respecto a la alimentación) que en determinados momentos de su historia le han significado protección, perseverancia e incluso sobrevivencia y que desde otra perspectiva de salud, podrían traerle a futuro consecuencias nocivas.

En el caso del niño (caso B) habría que considerar si el sedentarismo que caracteriza su estilo de vida, se perpetúa como su factor de riesgo, o si otros espacios de interacción en su medio (escuela), le permiten e impulsan a configurar un estilo de vida integral.

Para estos tres últimos casos trasciende la característica de que las redes sociales de apoyo en la comunidad son casi nulas, debido a que tienen poco contacto con sus vecinos, incluso los lazos familiares parecen no representar un elemento “potencializador” de la salud como dimensión integral, esto hace que se presente como un factor de riesgo, ya que dificulta el desarrollo de una mejor calidad de vida según lo afirman estudios comprobados (Leignadier, Valderrama, Vergara y Fajardo, s.f.; Maya 2001; Trujillo, Tovar, y Lozano, (2004)).

#### **4.3.4 Aspectos relacionados con la Promoción de la salud**

Promocionar salud incluye no solo las acciones institucionales y estatales en función de un mejoramiento social, sino también todo aquello que se desarrolla a partir del mismo sujeto, por la manera como su entorno le construye, y por supuesto, por cómo ese sujeto interpreta y compara haciendo suyas las creencias en salud que percibe del contexto; lo cual, según Legetic en Albala y otros (2004), da a la promoción de la salud una visión holista en el mantenimiento del bienestar integral y la estimulación de la creatividad, satisfacción espiritual y las buenas relaciones entre las personas.

La participación de algunos de los casos seguidos para este análisis (caso A y C), en deportes u otras actividades físicas y en espacios recreativos o grupos sociales ha contribuido con su bienestar y calidad de vida desde una postura más activa que concluye con la configuración de un estilo de vida que les causa satisfacción y proporciona grandes beneficios, desde una concepción holista. No sucede lo mismo con el niño (caso B) pues sus espacios de socialización contribuyen a que viva su salud desde una postura biomédica, que prioriza el área física, pero considerando únicamente el cuidado médico y de la alimentación como sus elementos configuradores.

Con respecto al concepto de salud que visualizaron los casos, a partir de los mensajes publicitarios, se pudo evidenciar que existe una divergencia entre las prácticas que realizan cotidianamente para promocionar la salud y lo que escogieron (ejercicio de proyección). Por ejemplo en los casos A y C a pesar de que tienen un actuar dirigido un poco más hacia la integralidad que los otros tres casos, eligieron anuncios dirigidos meramente hacia lo físico, dejando de lado elementos que son importantes en su vida y que constantemente practican. Esto sucede, probablemente, porque el discurso social que se ha inculcado desde los primeros momentos de la socialización está dirigido a este punto y dichas unidades de análisis lo reproducen aunque en la práctica han realizado cambios significativos, que afectan a quienes se encuentran a su alrededor.

Los casos B, D y E, prefirieron anuncios comerciales que abarcaban prácticas que llevan a una salud integral, que curiosamente no realizan en su vida cotidiana, como por ejemplo la relevancia de la recreación, la importancia de cinco comidas diarias y las redes de apoyo respectivamente.

Por otro lado, partiendo del análisis realizado, en respuesta a una de las preguntas sobre las que se fundamentó la investigación, respecto al aporte que puede dar la Psicología al campo de la salud en el análisis y promoción de estilos de vida saludables, podría señalarse que la Psicología permite visualizar la dinámica de nuestros procesos desde que nacemos, retomando todas las dimensiones del ser humano; una vez identificados, nos explica el panorama global de los aspectos que participan en la configuración de los estilos de vida. Asimismo posibilita identificar y reflexionar sobre el papel que el sujeto asume ante el medio, ya sea éste activo o pasivo.

Desde la perspectiva de la Psicología se podrían brindar herramientas que le permitan al individuo asumir una posición activa, bajo una concepción holista de la salud, que no se escude en su historia familiar o en su educación para justificar su falta de autogestión, como lo promueven los Modelos Salutogénicos (Grau en Flórez y otros, 2005).

### **... reconstruyendo sus propios significados**

Al finalizar el proceso investigativo cada caso externó en pocas palabras lo que la dinámica de indagación había generado en ellos, así fue como el círculo hermenéutico también actuó en su manera de interpretar aquellos aspectos que potencialmente habían permeado sus realidades, para llegar a rescatar la “enseñanza” que sobre sí mismos habían adquirido a la luz de ir y venir dentro de su historia y actualidad.

Así se destacan de sus discursos reflexiones en torno a: retomar actividades que había dejado y que eran importantes (caso A), la necesidad de tener espacios para compartir con iguales y en actividades fuera de su casa (caso B), perpetuar los aprendizajes y continuar cultivando su salud (caso C), la necesidad de fortalecer sus redes de apoyo (caso D), cómo pudo reconocer sus fortalezas y debilidades, aunque fuese duro acercarse a sí mismo (caso E).

Lo anterior de alguna forma hizo más inteligible para cada caso parte de la estructura de su estilo de vida, como unidad entrelazada, encontrando en los hechos la significación que para su vida como totalidad han tenido, a veces más o menos conscientes, pero al fin copartícipes de su configuración individual y social.

#### **4.4 Análisis del grupo focal realizado con los profesionales que se desempeñan en algún campo relacionado con la salud**

Uno de los elementos importantes en el proceso investigativo, fue la participación de cuatro profesionales (un médico, una odontóloga, un planificador social y una trabajadora social) que se desempeñan en áreas que tienen gran ingerencia en la salud de quienes comparten con ellos (as) y por tanto en la configuración de estilos de vida.

Partiendo del discurso de los profesionales participantes se presentará un análisis hermenéutico que permita comprender otra de las aristas que componen los estilos de vida.

#### 4.4.1 Procesos psicosociales que subyacen a los estilos de vida

Partiendo del hecho de que, todo lo que se encuentra a nuestro alrededor causa un impacto positivo o negativo en nuestra vida y que a su vez lo que cada persona haga o deje de hacer afecta a los demás, se puede afirmar que la labor de cada uno de los y las profesionales participantes puede haber dejado una huella importante en la vida de aquellos que de alguna manera han tenido contacto con su forma de ejercer la profesión y con la manera en que proyectan llevar su vida personal. De igual forma, también ellos se han visto permeados por la realidad social de la que son parte, amén de su posición filosófica respecto a la vida y su forma de conceptualizar la salud.

Asimismo el paradigma bajo el que han sido instruidos los profesionales influye de manera directa en su forma de actuar con los demás lo que a su vez tendrá un impacto particular en la vida de quienes se relacionan con ellos y en quienes requieren de sus servicios. Incluso la forma de llevar sus propias vidas, va a estar referida por conceptos que su formación profesional le ha permitido manejar en torno a la salud.

Es posible inferir que el médico tuvo una formación muy arraigada al paradigma biomédico, pues en su discurso da preponderancia a los factores biológicos en concordancia con los de corte social, lo cual resulta contrastante con la posición de la trabajadora social, quien al parecer tuvo una educación enmarcada en el paradigma holístico, donde se toman en consideración, no solo el aspecto físico, sino también el social, el económico, el psicológico, el espiritual, todo ello visto desde una óptica macrosocial. Los siguientes comentarios lo confirman:

*“Para mi la salud tiene que ver con el sedentarismo, los hábitos alimenticios, las características anatómicas, su origen, raza, sexo, con la religión y con los factores idiomáticos” (Entrevista, médico).*

*“La salud y el estilo de vida tiene que ver con factores tanto internos como externos, con la parte física, con la capacidad de crecer y transformarse, con lo psicoemocional, motivaciones, intereses, con lo espiritual...” (Grupo focal, trabajadora social).*

Partiendo de las citas anteriores se puede distinguir la diferencia de paradigmas, ya que aunque el médico hace alusión a un factor social como lo es la religión, éste dirige su atención más que todo a los elementos físicos que desde el paradigma biomédico se contemplan.

Por su parte la odontóloga y el planificador social muestran una orientación teórica que hace referencia en alguna medida a lo social, la dimensión familiar, el aporte de la adquisición de valores, como parte importante de los estilos de vida, aunque, hacen hincapié en la dimensión espiritual que al parecer perciben como determinante en la configuración de los estilos de vida. Al respecto mencionan:

*“Para mí cuando una se enferma es porque ya ha llegado al último grado, antes se ha manifestado en la parte mental y espiritual” (Grupo focal, odontóloga).*

*“ Yo creo que la salud tiene que ver con la escala de valores que yo defino para mí, lo malo es que a veces no sé cuales son mis valores y no estoy consciente de lo que hago y de lo que hablo...”(Grupo focal, planificador social).*

Las citas anteriores demuestran como aún cuando rescatan elementos que no menciona el médico, dejan de lado los factores económicos, posición social, determinantes físicos, entre otros, que no pueden apartarse de un concepto holístico, mismo que en este seminario se enfatiza.

Por otra parte, el concepto que se tenga de “sujeto” es en gran medida determinante, diferente y similar en algunos elementos, pues depende entre otras cosas de la historia de vida y la formación académica. De igual modo, como se percibe al otro determina en gran medida la forma de actuar frente a ese otro, lo cual condiciona la respuesta ante dicha actuación.

Partiendo del discurso de los profesionales se pudo inferir que el médico concibe al sujeto como un *ente receptor*, al que se le debe dar *una cura*, mientras que para el planificador

social, la odontóloga y la trabajadora social, la persona es un ser capaz de modificar su entorno y actuar para mejorar o empeorar su situación, lo cual resulta importante puesto que “la autogestión de los sujetos es la capacidad de los seres humanos para generar acciones que posibiliten la solución de sus problemas” (Cordero, 1998), p. 10). Cabe agregar que Giusti (1991), resalta que la calidad de vida como bienestar integral toma en consideración las áreas del ser humano, la acción afirmativa y responsable de éste ante retos y demandas de su entorno. Es decir, cuando se ve al sujeto como un ente activo y propositivo, se le empodera de tal manera que él o ella generalmente no esperan a que aparezcan los problemas sino que actúan antes de verse en una situación difícil.

Ante esto cabría preguntarse, qué papel está jugando la perspectiva de los médicos en los procesos psicosociales a partir de los cuales se estructuran los estilos de vida en relación con la salud, debido a que éstos son uno de los agentes sociales relacionados con éste campo que podrían tener mayor contacto con las personas (partiendo del seguimiento de casos); y sí esto tiene alguna relación con que la toma de decisiones en este sentido se vuelva confusa, lenta o incluso inexistente en algunos de estos casos.

#### **4.4. 2 Configuración de los Estilos de Vida Saludables**

Con relación a esta categoría, es posible rescatar e inferir a partir del discurso de los profesionales entrevistados(as), cómo el contexto sociocultural (religión, posición socioeconómica, entes socializadores, recursos emocionales y materiales, entre otros), el momento histórico en el que se nace y se vive, y los roles y principios asignados e inculcados, tienen gran ingerencia en el estilo de vida de cada persona. En otras palabras, lo que ellos y ellas mencionan como importante con respecto a la salud y a la forma en que se vive tiene pigmentos de toda su historia de vida, de la manera en que fueron socializados y de sus conocimientos, mismos que afectan positiva o negativamente a quienes se “benefician” con sus servicios.

En la configuración de los estilos de vida influyen diversos elementos, entre ellos los comportamientos, actitudes, los hábitos y los roles que se desempeñan. El planificador social relaciona el estilo de vida con la escala de valores del sujeto, y a ésta directamente con los elementos antes mencionados.

Por otro lado, el sistema comunicativo es otro elemento que influye y que repercute en la forma de percibir al sujeto. En este sentido el paradigma que prevalece en la vida de dichos profesionales se ve reflejado en la forma en que comunican su pensar y su actuar ante otros. Lo anterior tiene especial importancia, porque al ser entes públicos tienen para los demás cierto grado de “autoridad” que provoca en muchas ocasiones que su palabra no sea cuestionada y por ello, los y las “usuarias” podrían adoptar comportamientos similares.

Por otra parte, el concepto de salud que manejan tiene relación directa con los roles que de manera consciente o inconsciente asumen y designan. Así, el médico que ve al sujeto como un ente receptor y pasivo, desde su profesión designa roles correspondientes a ello, por lo que podría pensarse no promueve el empoderamiento y la corresponsabilidad en el plano de la salud, sino más bien el dictamen y las acciones paliativas.

La Trabajadora Social rescata un concepto de salud y de sujeto muy similar a lo que en parte, desde este seminario se plantea, al mencionar que la persona es capaz de buscar lo que le haga feliz y por ende, actuar para cumplir este cometido agregando que “la calidad de vida tiene que ver con la búsqueda de la felicidad, hacia donde dirijo mi carro, es una elección, cómo vivo y cómo actúo” (grupo focal, trabajadora social).

Lo anterior puede coincidir con el concepto que se maneja desde este seminario, al convenir que “...la salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Morales, 1999, p. 25).

Esto permite destacar la importancia que posee el contexto sociocultural en el que se desarrolla el individuo, ya que puede repercutir directamente en la configuración de los estilos de vida. En este sentido, y parafraseando el discurso de los profesionales, las demandas del contexto generalmente imposibilitan la alegría y felicidad del ser humano (grupo focal, odontóloga), influyendo en los hábitos de alimentación (grupo focal, médico), al adoptar prácticas de alto riesgo para la salud (grupo focal, planificador social), lo cual denota que los profesionales desde su formación explican el significado de la influencia del contexto en la determinación del ser dentro de un sistema social.

Con relación a lo anterior, la trabajadora social hace hincapié en que “los estilos de vida tienen que ver con el contexto, con la sociedad y no sólo con la costarricense, con el mundo, porque todo permea al individuo en su vida cotidiana” (grupo focal, trabajadora social).

Todo lo expuesto anteriormente tiene gran relevancia cuando se quiere pensar en promoción de salud, puesto que la mirada y la dirección que se le de, van a depender del paradigma que guíe la vida del sujeto, de su forma personal de actuar y de ver la vida. A continuación se presentan algunos puntos importantes al respecto.

#### **4.4.3 Promoción de Estilos de vida saludables desde el análisis del grupo focal**

La promoción de la salud tiene que ver según la carta de Ottawa, promulgada por la O.M.S (O.M.S, 1986), con toda actividad tendiente a proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y para ejercer un mayor control sobre ella (Flórez en Flórez y otros, 2005).

En este sentido los y las profesionales entrevistadas promocionan la salud, no obstante en razón de que el concepto de salud que manejan es distinto, dicha promoción es enfocada a elementos diferentes.

Por parte del médico, la promoción se orientaría a generar en sus “pacientes” actitudes potenciadoras del ejercicio físico y la ingesta de alimentos “saludables”. La odontóloga rescata (con y ante sus “pacientes”) la importancia de fortalecer lo espiritual, pues para ella si esa parte del ser se encuentra bien se puede evitar una enfermedad física, considerada como el último peldaño dentro de su concepción. Para el planificador social, es significativo rescatar la importancia de tener valores definidos que estén en completa concordancia con la forma de hablar y de actuar, teniendo presente “el cómo definir en la vida para actuar y cómo aborda el ser humano la manera como vive”. La trabajadora social enmarca la promoción de la salud en la toma de medidas no solo en el ámbito físico y nutricional, sino también social, económico, espiritual y emocional.

Visto lo anterior, podría inferirse que lo que promociona la trabajadora social podría tener un mayor impacto en la población que tiene contacto con ella, pues al manejar un concepto holístico de salud, las acciones que toma para promocionarla irían conducidas en la misma

línea de pensamiento. Cuando la promoción de la salud se dirige solamente a la divulgación de la importancia de “hacer actividad física y comer sanamente” (desde un modelo biomédico), sin mencionar el impacto que tienen los aspectos socioculturales, el resultado que se genera posiblemente no sea tan efectivo como el que se desea.

Otra de las razones por las que se considera que la línea de pensamiento de la trabajadora social podría tener mejor impacto es que considera al sujeto como un ser humano multideterminado, lo que empuja a suponer que al generar acciones que promocionen la salud, es indispensable tomar en consideración todas las áreas posibles en las que se encuentre inmerso el sujeto.

Con respecto a la promoción de la salud, los participantes también mencionaron lo siguiente:

“...el tema individual es difícil tocarlo desde el punto de vista de un sistema, se piensa que atacando el problema de manera más general, se cree que se resuelven problemas más individuales” (grupo focal, planificador social).

“...el gobierno invierte en campañas que a veces son insuficientes, saldría más barato invertir en prevención que en curación” (grupo focal, médico).

“...lo que hay que fomentar es la conciencia de cada quien” (grupo focal, odontóloga).

“...la CCSS ha hecho intentos en promocionar y prevenir pero sigue siendo insuficiente, además seguimos cargando estereotipos sobre la salud que no dejan avanzar y tener una visión más amplia, falta mucho por hacer” (grupo focal, trabajadora social).

Los comentarios anteriores permiten inferir que cada profesional parte de un discurso que ha transitado por una construcción social, permitiéndoles responder a sus necesidades, a las demandas del ser humano con el cual se desenvuelven y a las exigencias del contexto del cual son parte. Además dejan en evidencia que la promoción de la salud va a depender mucho de las políticas públicas nacionales que rijan los lineamientos sobre los que se exhorta a ella y de los modelos en los cuales éstas se fundamenten, pues también a ellas se apegan las posiciones paradigmáticas de muchos profesionales y de ellos mismos, lo que incide como se mencionó antes en la instauración de los diferentes estilos de vida que una población pueda llevar.

Finalmente, cabe rescatar que como profesionales involucrados directa e indirectamente en el campo de la salud, lo que digan o hagan va a repercutir en quienes se encuentran a su alrededor, de ahí la importancia de que, desde los centros educativos, se fomenten espacios de reflexión donde se brinden herramientas de corte holístico y hermenéutico a los futuros profesionales, con el fin de abrir el abanico de posibilidades tanto para aprender como para esparcir conocimiento, pues indudablemente su labor en la sociedad en general tendrá un impacto, positivo, negativo o parcial en la constitución de los estilos de vida, partiendo de cómo ellos mismos asuman el concepto de salud, promoción y estilos de vida saludables, tal como señala la trabajadora social cuando habla de “estereotipos” que se siguen presentando con respecto a la salud.

#### **4.5 Sobre los proyectos relacionados con los constructos de “salud” y “estilos de vida saludable que fueron revisados”**

Para poder realizar un abordaje integral sobre la temática en estudio, se consideró trascendental conocer algunos proyectos costarricenses dirigidos al ámbito de salud, con el fin de visualizar las principales líneas de acción que poseen, y desde qué paradigma se posicionan, entre otros aspectos. A continuación se presentan los datos más relevantes de los cinco proyectos que fueron analizados.

**CUADRO N° 10 Características generales de los proyectos relacionados con los constructos de “salud” y “estilos de vida saludable”**

Características	Proyectos				
	“Creación de una zona al aire libre en Guatuso al Norte del País”	“Comisión de Promoción de la Salud”	“Construyendo estilos de vida saludables”	“Promoción de la salud en la Mujer: Un proyecto de divulgación que minimiza la incidencia de la obesidad”	“Construcción de estilos de vida saludables”
<b>Antecedentes</b>	Propuesta para incrementar la actividad física en contextos saludables, por problemas cardiovasculares como primera causa de muerte.	Surge por compromiso de Gestión Nacional ante la necesidad de que Centros de atención Médica lleven a cabo acciones de promoción de la salud en la población.	Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Heredia responde a la búsqueda de apoyo y orientación por las diversas problemáticas enfrentadas por la comunidad.	Proyecto de prevención de la obesidad en la mujer costarricense diseñado y planeado a partir de estudios científicos que permiten establecer cuáles pueden ser algunos factores que condicionan el desarrollo de la obesidad, para ser prevenidos a través de la educación cultural y el acceso a recursos y servicios institucionales.	CONARE realiza un análisis del quehacer de las comisiones de salud y dentro de esa, de la subcomisión IAFA universidades, cuyo ámbito de trabajo es la población estudiantil. Los resultados permitieron a la comisión de vicerrectores de Vida Estudiantil formular una nueva propuesta de trabajo en equipos interuniversitarios a los que se les asignan proyectos a ejecutar.
<b>Responsables</b>	Programa de Ciencias del Ejercicio y la Salud de la Escuela Ciencias del Deporte, Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.	Equipo interdisciplinario en Clínica de Santo Domingo de Heredia“ Dr. Hugo Fonseca”.	Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Heredia, Alcaldía y Recursos Humanos, INAMU, Instituto WEM.	Equipo de Psicólogas e investigadores en conjunto con la Municipalidad de Alajuela.	Consejo Nacional de Rectores, específicamente área de Vida Estudiantil mediante la Comisión de vicerrectores de Vida Estudiantil quienes designan representantes de cada una de las universidades estatales: U.C.R., UNA, Instituto Tecnológico de Costa Rica y UNED.
<b>Resumen de objetivos</b>	Desarrollar una zona de vida al aire libre que proporcione diferentes opciones saludables aprovechando los recursos humanos, naturales y culturales existentes a nivel local.	Beneficiar a la población que asiste a la Clínica en los ámbitos social, económico, psicológico, físico. Promover la salud integral desde una perspectiva de género sensitiva que garantice el derecho al disfrute de la salud física y mental.	Impulsar profesionales voluntarios para la atención especializada de la violencia intrafamiliar. Promover la salud integral de los ciudadanos y ciudadanas del cantón desde una perspectiva de género sensitiva.	Responder a la necesidad de información de las mujeres del distrito primero del cantón central de Alajuela respecto a la obesidad, con el fin de promover estilos de vida saludables que minimicen su incidencia.	Promover espacios de participación estudiantil que permitan la discusión y propuesta de alternativas, desde el enfoque de la promoción de la salud, que favorezca el desarrollo de estilos de vida saludables en el ámbito universitario.

**Fuente:** Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**Cuadro N° 10 Características generales de los proyectos relacionados con los constructos de “salud” y “estilos de vida saludable”**

<b>Características</b>	<b>Proyectos</b>				
	<b>“Creación de una zona al aire libre en Guatuso al Norte del País”</b>	<b>“Comisión de Promoción de la Salud”</b>	<b>“Construyendo estilos de vida saludables”</b>	<b>“Promoción de la salud en la Mujer: Un proyecto de divulgación que minimiza la incidencia de la obesidad”</b>	<b>“Construcción de estilos de vida saludables”</b>
<b>Vigencia</b>	De enero del 2005 a diciembre del 2008.	Da inicio en el año 2004, sin tiempo de conclusión.	De enero a noviembre del 2005.	De enero 2006 a diciembre 2007.	Inicia en el 2002 sin fecha de término definida.
<b>Proyectos similares</b>	Según su coordinadora, no han existido proyectos similares.	No se tiene conocimiento específico de proyectos similares.	No se tiene conocimiento específico de proyectos similares.	Proyecto de Agenda de Mujeres impulsado por la Oficina Municipal de la Mujer en Alajuela, el cual tiene como objetivo promover la inclusión de las necesidades e intereses específicos de las mujeres en las áreas de salud	El proyecto que más se asemeja fue el proyecto que lo antecede y que éste se fusionó con esta nueva propuesta.
<b>Entidades contrapartes</b>	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación ICODER Universidad Deportiva Alemana, Colonia. DSHS Ministerio del Ambiente y Energía. MINAE Escuela de Geografía, UNA Escuela de Ciencias Ambientales, UNA Escuela de Promoción y Planificación Social, UNA Centro Internacional de Política Económica y Desarrollo Sostenible, UNA Instituto Costarricense de Turismo Instituto Nacional de Aprendizaje	Oficina de la Mujer INAMU Instituto WEM	La municipalidad pretendía contar con apoyo de la Oficina de la Mujer para impulsar un proyecto de generación de empleos y municipalidades latinoamericanas y de la Unión Europea.	Hospital San Rafael de Alajuela El Club Rotario Comisión de Salud ICODER El Comité Cantonal de Deportes La Oficina Municipal de la Mujer en Alajuela.	ICODER UNAM IAFA

**Fuente:** Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**Cuadro N° 10 Características generales de los proyectos relacionados con los constructos de “salud” y “estilos de vida saludable”**

Características	Proyectos				
	“Creación de una zona al aire libre en Guatuso al Norte del País”	“Comisión de Promoción de la Salud”	“Construyendo estilos de vida saludables”	“Promoción de la salud en la Mujer: Un proyecto de divulgación que minimiza la incidencia de la obesidad”	“Construcción de estilos de vida saludables”
<b>Población meta</b>	Diferentes áreas sociales; con énfasis en población joven.	Toda la población que asiste a la Clínica desde adultos mayores hasta niños(as).	Diferentes grupos etéreos, comprendiendo la salud de los mismos de manera integral.	Mujeres participantes del Proyecto Agenda de Mujeres, quienes hacen la solicitud directa de un proyecto en esta línea.	La población estudiantil de las cuatro universidades estatales, las vicerrectorías de Vida Estudiantil y la comunidad universitaria en general.
<b>Elementos Teóricos que lo sustentan</b>	Paradigma de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Concepción de salud integral; considerando los distintos sistemas en los que se mueve el individuo como la familia, los grupos religiosos, los centros educativos. Paradigma de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Promoción de salud integral.	Promoción de salud integral, la demanda directa de las mujeres participantes del grupo Agenda de Mujeres y los antecedentes existentes que comprometen al gobierno local en la atención del área de salud de los y las ciudadanas alajuelenses.	El enfoque de promoción de la salud se toma como el eje transversal de cualquier acción en salud.
<b>Puntos relevantes</b>	-Ecoturismo comunitario. -Actividad física concebida en un medio ambiente natural. -Componentes físicos de la salud. -Traslado masivo y de forma temporal al medio natural, que coincide con temporadas de vacaciones y fines de semana.	-Concepto de sujeto pasa de paciente (enfoque biomédico) al de usuario.	-Promoción de la salud integral dirigida a diferentes grupos. -Participación activa. -Ferias participativas. -Promoción de actividad física deportiva, y recreativa.	-Participación de las instituciones del área de salud. -Promoción de la salud integral de las mujeres. -Cumplimiento de las políticas institucionales y el compromiso de los funcionarios / as en una atención humana y de calidad, sensible y con perspectiva de género.	-Promoción de la salud. -Influencia de los estilos de vida y potencial de cambio de esos estilos de vida. -Promoción social de la salud y acciones de protección de la salud vistas como responsabilidad de todos(as): Estado, gobierno y personas.

**Fuente:** Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**Cuadro N° 10 Características generales de los proyectos relacionados con los constructos de “salud” y “estilos de vida saludable”**

Características	Proyectos				
	“Creación de una zona al aire libre en Guatuso al Norte del País”	“Comisión de Promoción de la Salud”	“Construyendo estilos de vida saludables”	“Promoción de la salud en la Mujer: Un proyecto de divulgación que minimiza la incidencia de la obesidad”	“Construcción de estilos de vida saludables”
<b>Datos Epidemiológicos que fundamentan o se detectan con el proyecto</b>	-Alta incidencia de enfermedades crónicas. -Pocas opciones para la utilización y aprovechamiento del tiempo libre.	-Diagnóstico ASIS permite identificar elementos epidemiológicos que facilitan la elección de temas para ser abordados: obesidad, problemas cardíacos, diabetes, drogadicción.	-En Heredia no existe un servicio de apoyo dirigido a la atención de los niños y niñas afectados por la violencia intrafamiliar. -Identificación de comunidades en riesgo de violencia intrafamiliar por las condiciones de pobreza que requieren de apoyo inmediato para responder a las necesidades prioritarias.	-No existe un espacio donde la mujer pueda hablar de su condición y posición de género. -Existen situaciones como la obesidad ligadas a su rol de maternidad, el proceso de embarazo, el consumo de estrógenos aunado a múltiples dificultades sociales y personales. -Hay evidente deslegitimación sociocultural para que las mujeres accedan a espacios de recreación.	-Está en proceso establecer un convenio con la UNAM (Universidad Mexicana) que les permita aplicar un examen médico automatizado que mida los estilos de vida de la población estudiantil y arroje datos epidemiológicos.
<b>Metodología</b>	-Reorganización de los recursos humanos, turísticos y materiales con los que cuenta la zona. -Generación de una conciencia colectiva entre los participantes.	-Implementación de talleres y ferias. -Uso de recordatorio en las recetas dispensadas. -Llamadas telefónicas para invitar a los que regularmente asisten (se cuenta con un registro de asistencia). -Extensión de las actividades que promuevan la salud y los estilos de vida saludables a los EBASIS que pertenecen a la Clínica de Santo Domingo.	-Implementación de talleres y charlas. -Distribución de información y atención médica especializada. -Otras actividades dirigidas al disfrute y autocuidado de las mujeres, en las que se involucran distintas instituciones de la comunidad y del país.	-Interaprendizaje: forma de aprendizaje participativo en la cual todas las personas saben y la tarea del grupo es tener un proceso de intercambio, interacción y comunicación, para una construcción colectiva del conocimiento. -Técnicas vivenciales. -Técnicas con actuación. -Técnicas auditivas y audiovisuales.	-Trabajo interdisciplinario e interuniversitario en el diseño y la ejecución de mecanismos de convocatoria a funcionarios para su sensibilización. -Participación estudiantil en la construcción de acciones que, desde su perspectiva, deban realizarse para facilitar la incorporación de estilos de vida saludable.

**Fuente:** Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

**Cuadro N° 10 Características generales de los proyectos relacionados con los constructos de “salud” y “estilos de vida saludable”**

Características	Proyectos				
	“Creación de una zona al aire libre en Guatuso al Norte del País”	“Comisión de Promoción de la Salud”	“Construyendo estilos de vida saludables”	“Promoción de la salud en la Mujer: Un proyecto de divulgación que minimiza la incidencia de la obesidad”	“Construcción de estilos de vida saludables”
<p><b>Resultados Esperados y Evaluación</b></p>	<p>-Se espera ampliar las posibilidades de todos los costarricenses para poder utilizar su tiempo libre de una manera más saludable dentro de un ambiente natural.</p> <p>-En cuanto a la evaluación, de acuerdo a su coordinadora, la capacitación de los pobladores toma su tiempo y el proyecto no ha recibido suficiente respaldo de la UNA.</p>	<p>-Gran parte de la población que asiste a la Clínica ha respondido de forma activa a las propuestas de salud, y se ha integrado a los distintos grupos y servicios que brinda la clínica.</p> <p>- Los resultados de los objetivos propuestos para cada mes son evaluados por el personal de la clínica en reuniones.</p> <p>-Los encargados de los subproyectos deben presentar los informes que serán evaluados a fin de año, según fortalezas y debilidades para mejorar el año siguiente.</p>	<p>-En el área psicosocial se promovió la organización comunitaria y el sentido de pertenencia.</p> <p>-Fortalezas: hacer promoción de forma integral; generar estrategias para prevención; trabajar con diferentes grupos etáreos; visualizar al sujeto como un ente activo y posible modificador de su entorno; involucrar diferentes sistemas sociales en que se desenvuelve el sujeto; contar con instituciones gubernamentales como apoyo interdisciplinario; contar con la dedicación e iniciativa del profesional en Psicología.</p> <p>-Debilidades que se infieren: participación de la municipalidad orientada únicamente a población en riesgo; pocos recursos para dirigir el proyecto; se lleva a cabo en comunidades que muestran anuencia y participación de agentes sociales.</p>	<p>-Espacios legitimados y compromisos institucionales para charlas, capacitaciones, difusión informativa de la salud de las mujeres desde una perspectiva integral, permitiéndoles el empoderamiento, información en derechos y conocimiento específicamente en la problemática e impacto de la obesidad en sus vidas.</p>	<p>-Evaluación sistemática mediante instrumentos que evalúa cada una de las actividades que se realiza y la elaboración de informes regionales y anuales de todo el proyecto.</p> <p>-Se espera fortalecer el desarrollo de estilos de vida saludables en las comunidades universitarias estatales con prioridad en la población estudiantil.</p>

Fuente: Elaboración grupal: Bolaños, Chinchilla, León, Rivera y Tucker (2007).

Costa Rica enfrenta el desafío de responder oportuna y eficazmente a las necesidades de salud de su población. En la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multicausalidad son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida (Jacoby, Bull y Neiman 2003). Igualmente, los determinantes sociales, como lo corroboran diversos estudios, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual (Gómez, Jurado, Viana, Da Silva, Hernández, 2005). Partiendo de esta realidad, una serie de proyectos tiene como base teórica la promoción de la salud con el fin de lograr cambios significativos en la sociedad costarricense y mejorar la calidad de vida de las personas.

Sin embargo, es trascendental evaluar y analizar si los proyectos que se están proponiendo llevan a la práctica sus postulados teóricos, donde se visualice a la salud como algo dinámico, multicausal e integral, tomando en cuenta todas las dimensiones de la calidad de vida. Por tal motivo se revisaron cinco proyectos cuyo objetivo fuera trabajar en temáticas relacionadas con la salud y específicamente con la promoción, para identificar el grado de congruencia entre teoría y praxis y los resultados que hasta el momento han tenido.

El proyecto “construyendo estilos de vida saludables” promulga una perspectiva de salud desde el paradigma holista, donde se toma en consideración la realidad histórica del sujeto, el contexto en el que se desenvuelve y todos aquellos factores a los que se ve expuesto y que pueden alterar su salud y estilo de vida. Parte de las necesidades que el ser humano presenta para implementar cambios positivos en su cotidianidad. Percibe al sujeto como un ente capaz de generar estrategias que le permiten manejar de forma “más saludable” su vida y enfrentarse positivamente a las situaciones que pueden estar poniendo en riesgo su salud.

La metodología de trabajo que propone, supone crear un vínculo con las familias y comunidades (donde se le da relevancia a las características propias de los sujetos participantes), lo que facilita construir y potencializar conjuntamente herramientas psicológicas, económicas, culturales y sociales para que el sujeto pueda responder de forma satisfactoria en los diferentes subsistemas. Con ella busca fortalecer el crecimiento personal,

la autoestima, las relaciones interpersonales, la autorreflexión y el empoderamiento de los y las participantes, con el fin de que logren manejar funcionalmente las situaciones que se les presentan en los diferentes contextos en los que se mueven. Integra la multidisciplinariedad con el fin de percibir a los participantes como entes integrales y a la vez con el objetivo de que se sientan parte y se identifiquen con la comunidad a la que pertenecen.

Partiendo de lo anterior, se debe subrayar que teóricamente dicho proyecto rescata la relevancia de tomar en cuenta el contexto en el que se mueve el sujeto, así como los otros elementos que intervienen directamente en la construcción de su estilo de vida. Igualmente, toma la multidisciplinariedad como parte significativa del proceso de intervención y la necesidad de empoderar a los sujetos para que puedan enfrentarse a las situaciones que se presentan en su vida, sin necesidad de depender de otros. No obstante, se puede inferir a partir de los resultados que exponen, la dificultad que encuentran para trascender los límites de la concepción biomédica de salud desde entidades implicadas en los procesos de implementación, pues los intereses y pocos recursos se orientan a sectores “en riesgo” con poca perspectiva de prevención y promoción y poca visión intersectorial, pues al parecer se atiende a la demanda más que a la necesidad.

Por su parte, el Proyecto de “Comisión de Promoción de Salud” que sigue la Clínica de Santo Domingo de Heredia, en cierta medida ha tenido éxito, puesto que las ideas de mejorar la salud y la atención a los usuarios, como ellos llaman a las personas que asisten a la Clínica, al parecer no se han quedado en el papel. Constantemente realizan talleres, charlas y actividades en general, que cumplen con los objetivos propuestos y que han dado buenos resultados. Esto se ve reflejado en la cantidad de personas que asisten a las actividades y en el cambio de actitud que perciben quienes trabajan en la Clínica. En este sentido, el paradigma que se plantea es concordante con lo que realizan a nivel práctico. A esto hay que agregar que también en este caso prevalece el concepto tradicional de salud como “ausencia de enfermedad”, pues la mayor parte de las actividades responden al diagnóstico de necesidades en cuanto a mejoras de salud prioritarias, entre las que destacan control de enfermedades cardíacas, diabetes y drogadicción, dirigidas a usuarios de la clínica y del sector al que pertenece, por lo que de alguna manera, sus acciones se presentan más de manera

asistencialista e institucionalizada que descentralizada y promotora de la acción compartida entre los distintos sectores sociales.

El proyecto “Creación de una zona al aire libre en Guatuso al Norte del País”, toma en cuenta el modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, planteando la necesidad de incrementar la actividad física en contextos naturales con el objetivo de disminuir la alta incidencia de enfermedades crónicas. En este sentido, busca desarrollar e implementar actividades que vayan enfocadas a dicho objetivo, dentro de contextos naturales. Cabe rescatar que aún cuando es muy valioso el aporte que brinda, pues es uno de los que más aplica el concepto de descentralización de la acción al involucrar a distintos sectores como contraparte y que, además busca potencializar los recursos existentes, prioriza en componentes físicos de la salud (nuevas formas de actividad física en zonas naturales, como opción ecoturística) y parte también de cifras de crecimiento de enfermedades crónicas, asociando ésto tanto a la falta de actividad física como a las pocas opciones para ello, dejando de lado otros elementos que intervienen en la construcción del estilo de vida, también indispensables para el éxito en la generación de una conciencia colectiva, sobre la importancia del esparcimiento en medios naturales, desde un concepto integral de salud.

El documento del proyecto (obtenido inicialmente) menciona que una de las razones principales por las que los costarricenses no utilizan su tiempo libre, para esparcirse en medios naturales, es porque Costa Rica no cuenta con suficientes lugares donde puedan realizarse este tipo de actividades. No obstante, verbalmente se señala que también es un proyecto que rescata aspectos relacionados con la cultura, educación y familia con la cual se pueden compartir los entornos naturales, de modo que se fomenta el desarrollo integral de la comunidad. Su aporte radica en la dimensión comunitaria responsable que se intenta potenciar, a través de capacidades de autogestión, el trabajo con escuelas y pobladores, hacia la valoración de elementos culturales, del entorno natural e individual como parte de un todo.

Otro proyecto que se revisó es el Proyecto llamado “Construcción de Estilos de Vida Saludables”, el cual toma como eje transversal la promoción de la salud, donde se trabajan todas las dimensiones de la calidad de vida y se le da gran importancia al hecho de que el

sujeto asuma su vida con un papel activo, protagonista. Muchas de las actividades que se han realizado toman en cuenta todos los factores que intervienen en la constitución de los estilos de vida saludables (sociales, psicoemocionales, espirituales, intelectuales y físicos), lo cual les ha permitido realmente abordar la temática de una manera integral. Asimismo, es relevante resaltar que durante todas las actividades que se realizan, se fomenta una participación activa de la persona, donde se trata de que ésta se empodere y asuma una actitud responsable frente a su vida. Este proyecto inter universitario se vislumbra, a partir del análisis documental, como el que logra armonizar ampliamente los postulados teóricos con la praxis, esto según lo que se describe en la metodología, los resultados y la evaluación planteados.

El quinto proyecto analizado: “Promoción de la salud en la Mujer: Un proyecto de divulgación que minimiza la incidencia de la obesidad”; cuyo objetivo principal va dirigido a brindar información a las mujeres del distrito primero del cantón central de Alajuela respecto a la obesidad para promover estilos de vida saludables que minimicen su incidencia, plantea su implementación desde un concepto de salud integral, que busca a la vez empoderar a las participantes brindándoles información acerca de derechos y conocimientos particularmente relacionados con la obesidad y el posible impacto en sus vidas. Propone una metodología activa-participativa mediante la cual las participantes puedan internalizar de forma más rápida, la información que consideran significativa y relevante para sus vidas. Resulta relevante que se trabaje desde un concepto de salud integral, donde además se propicie el empoderamiento del sujeto, para que actúe y asuma las consecuencias de sus actos, en relación con su estilo de vida, con población que no presenta enfermedad desde una perspectiva promotora de salud y con reconocimiento de la equidad de género.

Se han estado dando grandes esfuerzos por cambiar la manera de trabajar y visualizar a la salud y como muestra de ello, los cinco proyectos que se analizaron, sin embargo falta mucho por hacer. Es necesario trabajar de forma integral sin dividir cada dimensión que interviene en la configuración de estilos de vida saludables y con mejor calidad, pues aunque en todos se habla de un concepto de salud integral, no en todos los proyectos se trabaja con todos los elementos que intervienen. Esto deja al descubierto la enorme dificultad que existe aún para separarse del paradigma tradicional de salud, segmentario, asistencialista, que institucionaliza

las acciones en salud y también el papel que en esto pueden jugar las políticas públicas y su aplicación.

Hacer Promoción de la Salud es una estrategia trascendente dentro de las políticas públicas saludables, ya que por medio de ella se logra rescatar la importancia de entornos y espacios saludables, se fomenta la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y reorienta los servicios de salud. Por tanto, parece evidente que es necesario continuar promoviendo cambios de conciencia que permitan ir más allá de la teoría y llevar al acto, lo que implica tener un concepto integral de salud y trabajar la Promoción de la salud desde este contexto, para disminuir la visión fragmentada de la salud, que solo lleva a un abordaje superficial que evidentemente deja de lado la integralidad.

#### **4.6 Contrastación de los datos obtenidos en forma global y sintética**

Desde la perspectiva de los participantes (casos), la felicidad del ser implica desarrollar actitudes para resolver las situaciones que se le presentan en su dinámica vivencial y cómo se sientan las bases para consolidarse dentro de un contexto, complaciendo satisfactoriamente aspiraciones, motivaciones, metas y prioridades para subsistir (decidiendo cómo asume los conflictos, retos, fortalezas y debilidades) diariamente en los diferentes subsistemas manteniendo una relación dialéctica con los otros y el contexto.

La aceleración del cambio, la globalización y las exigencias son cada vez mayores en la dinámica de interacción social, siendo factores que hacen de este un tiempo diferente. El ser humano necesita cada vez más respuestas simples, y de inmediata aplicación para poder resolver satisfactoriamente los crecientes retos cotidianos, como se pudo analizar y “vivir” con los casos estudiados (la autoexigencia y demandas extremas del medio en el caso E; necesidad de aceptación y desde allí falta de identidad en el caso D, hostigamiento y excesivo control en el caso B, preponderancia de roles asignados sobre necesidades personales en los casos A y C) no son sino una gama de condicionantes a las que se expone el ser humano. Por esto, cada uno de ellos responde ante las demandas a partir de una interpretación subjetiva que le permite su determinación en la sociedad. La misma búsqueda de satisfacer necesidades tanto propias

como sociales les hace asumir una posición que en algunos casos facilita la obtención de recursos sociales, culturales, económicos y psico - emocionales para así, interactuar desde sus posibilidades en la sociedad.

Ante esta determinación que cada persona requiere para sobrevivir diariamente, vislumbra como uno de los mayores desafíos “saber” cómo tener realmente “un estilo de vida saludable” y posiblemente antes que eso, tratar de comprender qué es salud y cómo mantener un balance duradero entre las cosas realmente importantes y prioritarias en su vida.

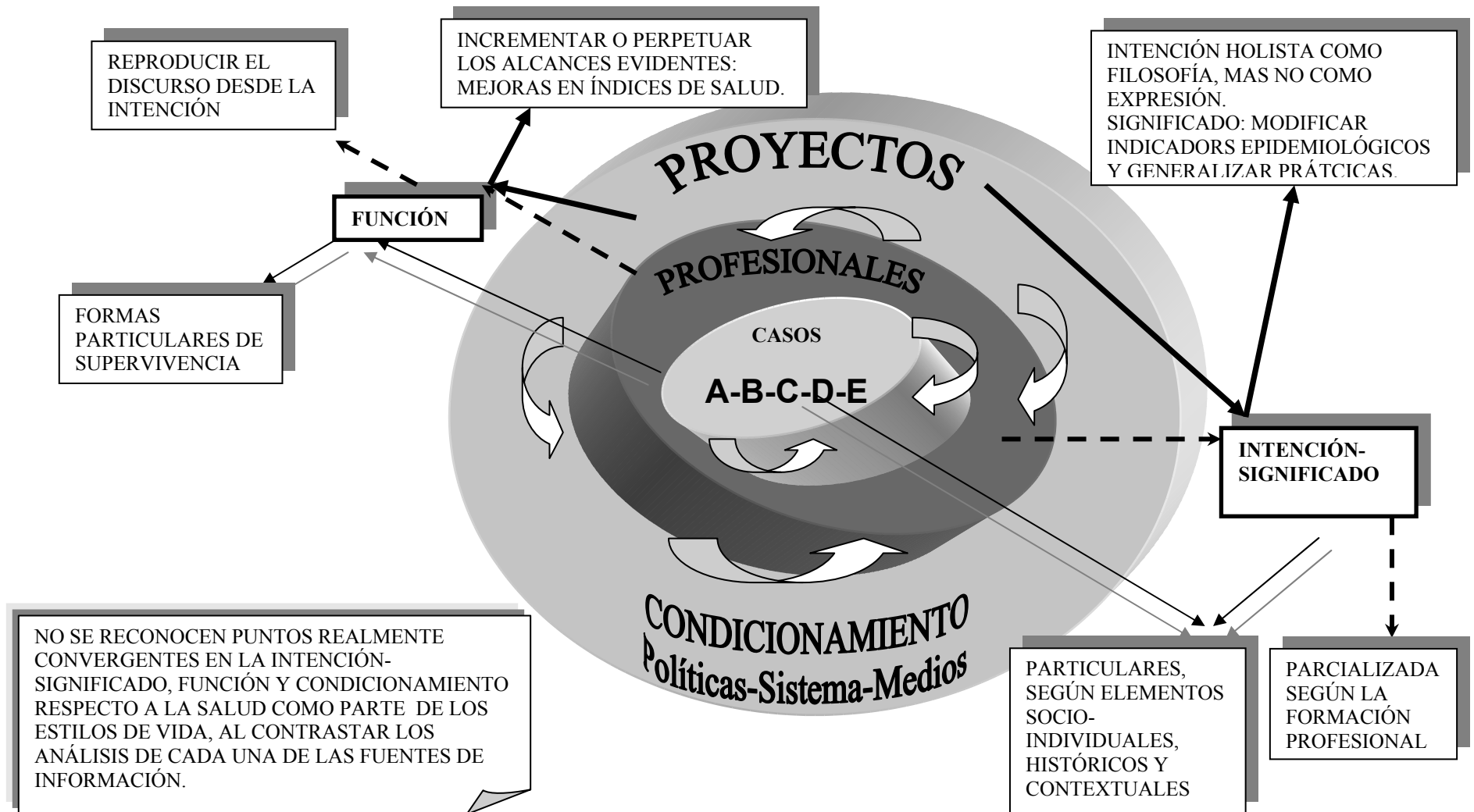
A la luz de los casos se puede decir que aunque se tiene una cierta tendencia biológica y cultural que hace valorar lo que es “cómodo”, lo cómodo muchas veces limita las posibilidades, porque usualmente está asociado con el status quo, con aquello que es estable, como “seguro” desde un orden social “designado” y del cual no siempre existe conciencia, que impregna la historia humana personal y social y así se configuran tantos estilos de vida como seres humanos en la tierra, en pos de dedicación exclusiva a la familia o a los otros en los casos A y C, despilfarro y estatus aun a costa de la poca interacción con los demás en el caso E, adjudicación de prácticas coercivas o limitantes de la autorresponsabilidad y la autorrealización por medio de la participación en las prácticas infundidas por la religión Adventista (en los casos B y D, respectivamente). Esto no sólo evidencia la posición “cómoda” en la cual se cobija el ser humano, sino que explica que ante dicha comodidad éste posterga los actos a favor de su salud y se queda a veces en el “conformismo” para justificar en algunas ocasiones el estilo de vida que experimenta perpetuando desajustes en su salud.

Los profesionales por su parte, rescatan como puntos medulares en sus discursos además de los aspectos físicos, los psicosociales (el emocional, el espiritual, el económico, los diferentes contextos socioculturales, el momento histórico en el que se nace y se vive, los roles tomados y principios aprendidos, entre otros), que de acuerdo con ellos están presentes en la configuración de los diferentes estilos de vida, no obstante, el discurso individual denota en la mayoría de estos una falta de integralidad en cuanto al concepto de salud se refiere, pues siempre enfatizan en alguno de ellos.

Con respecto a la forma de percibir al sujeto, la mayoría de los profesionales lo ve como un ente activo y propositivo ante su propio bienestar; aspecto que contrasta con la forma en que la mayor parte de los proyectos analizados lo ven. Por su parte, entre las líneas sobre las que se sustentan los proyectos en su accionar en la salud, en la identificación de prácticas y propuestas preventivas de mejoramiento o cambio, y promoción para “un estilo de vida saludable” están en la mayoría de éstos el seguir un modelo de salud que si bien lo que busca es la obtención de “tal estilo de vida saludable” por medio de la promoción de actividades en pro de la “salud”; lo hace homogenizando la búsqueda, sin prestar mayor atención a potencializar las propias capacidades y rescatar las posibles necesidades e inclusive posibilidades con las que cuentan las personas a las que van dirigidos tales proyectos; de esta forma, podría pensarse que el sujeto es visto (en lo que a resultados prácticos se refiere) en la mayoría de los proyectos como un ente receptor o pasivo.

Considerando las tres posiciones estudiadas a lo largo de este seminario (seguimiento de casos, análisis de las perspectivas y paradigmas adoptados por profesionales y proyectos con respecto a la salud y los estilos de vida saludables), podría plantearse, atendiendo a la intención –significado, la función y el nivel de condicionamiento desde los distintos actores sociales involucrados en este estudio, en cada una de las dimensiones de la configuración de los estilos de vida saludables, la siguiente figura hermenéutica, desde donde puede ser apreciada la dinámica macro y micro social que subyace en todo el complejo engranaje de los estilos de vida analizados a partir de los casos, que permite comprender cómo todos en mayor o menor medida han sido son y serán permeados inevitablemente por factores determinantes, tanto sociales como políticos, económicos y culturales, manifiestos en infinidad de matices que no siempre logran armonizar, quizás por el simple hecho de no tener conciencia clara de su mutua influencia y de los intereses a los que cada uno de ellos atiende, desde sus necesidades y posibilidades reales.

## FIGURA HERMENEÚTICA DE CASOS, PROFESIONALES Y PROYECTOS ANALIZADOS



Por consiguiente, para la buena planificación, desarrollo y ejecución de acciones que pretendan promover estilos de vida saludable resulta necesario, además de posicionarse de un modelo de salud activo, valorar y tomar en cuenta cuál es la posición que cada persona asume ante su salud, los innumerables procesos psicosociales que lo conducen a pensar, sentir y actuar, la trayectoria sociocultural y posteriormente su papel dentro de los diferentes contextos sociales en los que participa, con el objetivo de que sean las mismas personas las que puedan determinar la situación en la que se encuentran en un momento determinado y poder así conducir y participar en su propio cambio, de ser necesario. Además, esta dinámica acerca los indiscutibles referentes significativos a la visión de la psicología para reflexionar, evaluando la incursión de la realidad macro sobre lo micro del ser humano, dejándole en una condición de búsqueda de equilibrio constante.

## **Capítulo V**

### **CONCLUSIONES**

Como pudo observarse a lo largo de este estudio, el enfoque hermenéutico permitió descubrir las realidades subjetivas a partir de una comprensión e interpretación integral de los discursos de los casos, profesionales y la información de los proyectos. La relación dialéctica entre el contexto sociocultural, los participantes y la fundamentación teórica utilizada, nos ubica en una posición objetiva como científicos sociales, para aproximarnos al significado que cada una de estas vertientes le asignan a las prácticas que influyen en la configuración de los estilos de vida.

Esta particular dinámica enriquece de forma exhaustiva este estudio, al situarnos desde una postura crítica para comprender la multidimensionalidad que caracteriza a las realidades existentes que a la vez, actúan en un determinado subsistema. A partir de ella fue posible vislumbrar que para estudiar la realidad por la cual transita el ser humano es conveniente aproximarse a los procesos psicosociales que permean su estilo de vida y por ende, su salud desde un sentido integral y particular.

Para constatar los aportes significativos que tanto las unidades de análisis, como los profesionales y proyectos refieren, para explicar la configuración de un estilo de vida saludable, a continuación se presentan las consideraciones finales que dan respuesta a los objetivos planteados al inicio del seminario, desde el análisis hermenéutico dialéctico.

#### **5.1 Aspectos subjetivos y socioculturales que median como bases motivacionales en la configuración de los diferentes estilos de vida.**

Ubicarse desde el sistema macrosocial permite aproximarse a la influencia que éste tiene sobre algunas prácticas que configuran los estilos de vida de las personas. Es importante señalar, que la forma como cada sujeto interpreta las demandas de su entorno, lo puede llevar a actuar buscando un posible equilibrio entre las necesidades que el sistema establece y las necesidades subjetivas para beneficiar su salud, o por el contrario, desestructurar su estilo de vida adoptando prácticas que influyen deteriorándola. Estas demandas se pueden entender como las

presiones sociales que generalmente inducen a las personas a realizar una práctica dentro de un determinado contexto, en busca de una meta (Fernández y Rodríguez, en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, 2002, p.60).

A partir de lo anterior y desde el análisis realizado, es que en esta consideración final convergen dos tópicos sobre los cuales fue propuesta la investigación: los aspectos subjetivos y socioculturales que influyen en la configuración de los estilos de vida; y las bases motivacionales sobre las que se sustentan las prácticas protectoras o de riesgo para la salud. Esto por cuanto resulta imposible separar ambos procesos, pues dentro de la dinámica individuo- contexto, la subjetividad y los determinantes socio-culturales, permean todo el accionar que, respecto a la elección de una u otra práctica, protectora o de riesgo, vaya a tener.

Así se pueden distinguir, considerando los niveles macrosocial, del micromedio e individual, las siguientes reflexiones:

**...del nivel macrosocial:**

Referido a la sociedad en su conjunto y a su complejo sistema de relaciones y que, como las de producción, colocan al individuo en una posición de pertenencia a una determinada clase, sobre este nivel se destaca que:

- La realidad nacional permea la construcción del ser. A medida que el sistema va sufriendo modificaciones que responden a las condiciones sociopolíticas, culturales y económicas; el ser humano se transforma. La globalización y modernización conlleva una serie de factores protectores y de riesgo.
- El sistema identifica o registra formas de conceptualizar la salud y la calidad de vida del ser humano. Socio-culturalmente han sido reconocidas como elementos coadyuvantes o inconvenientes para desarrollar, formas de vida que buscan la salud, aspectos específicos desde la teoría.
- La ideología juega un papel esencial en: la elaboración de las políticas de salud pública, la formación académica y desempeño laboral de los profesionales en salud, el proceso de socialización y la conceptualización de salud que se tenga.

### **... del Micromedio:**

El o los estilos de vida también son reflejo de formas de “sobrevivencia socio-individual” que, partiendo de una dinámica socio-histórica, hacen eco en la cotidianidad, que faculta al ser para aprender a interactuar con su medio desde sus posibilidades y recursos reales. (Abarca, 1995). Desde esta perspectiva se distingue que:

- Los distintos contextos, entes socializadores y grupos funcionan como mediadores significativos en el desarrollo de los estilos de vida de los casos analizados; y las demandas sociales de independencia, competitividad, seguridad social, diversidad de género, atención sanitaria fragmentada, son condiciones que llegan a ser internalizadas y asumidas como propias.
- La función que cumple cada persona en un contexto determinado, la condición socioeconómica, la etapa de vida en la que se encuentra el individuo, participan directamente en las formas particulares de construcción de los estilos de vida.
- Los procesos de aprendizaje vividos en las distintas etapas de socialización, cumplen un papel determinante.
- Las figuras representativas y, en el caso del período de infancia, adultos significativos, van a servir como modelos a seguir.

### **...del nivel individual**

Considerando que este nivel contempla las dimensiones emocionales, afectivas, espirituales, cognitivas, comportamentales y de autoconocimiento, se extraen como aspectos subjetivos importantes a la luz del análisis:

- La capacidad de elección.
- La historia de vida.
- La forma como cada sujeto interpreta las demandas de su entorno.

- La forma en que se articulan necesidades, motivaciones, hábitos, creencias, actitudes, valores, deseos y aspiraciones para expresarse en intenciones y significados.
- Condiciones de vida creadas y no dadas, como resultado del carácter activo de la persona que se desprenden de la resignificación de los procesos de socialización.

**... sobre la mediación de los aspectos subjetivos y socioculturales como bases motivacionales en la configuración de las prácticas protectoras y de riesgo.**

Según Abarca (1995), la motivación es la que va a orientar las acciones, definir por qué se hacen las cosas y hacia dónde se dirige el individuo. Ésta va a presentar un carácter subjetivo, que corresponde a la carencia en el individuo que va a provocar una necesidad y que finalmente va a motivar a la elección o ejecución de una determinada práctica (protectora o de riesgo para la salud, en lo que concierne a la investigación), además de ser también una expresión social y una construcción que toma sus ingredientes y contenidos de la interacción que se da entre el individuo y su medio. Esta interacción demanda que el sujeto accione en su contexto con una intención, ante la búsqueda de satisfacción, respuestas o resultados, lo que le ofrece herramientas para establecerse dentro del sistema social del que es parte.

Resulta pertinente hacer mención del papel que juega la ideología en todo el proceso de socialización, que determina las prácticas protectoras o de riesgo y, por consiguiente, la conceptualización que de salud tengan los individuos. Al respecto, Martín-Baró manifiesta que “lo que sí hacen los valores, la ideología de un sistema, es –como la corteza a la fruta- hacerlo atractivo, razonable; en una palabra, “venderlo”. Así, “la ideología es la mercadera de un sistema social y, por consiguiente, de aquellos intereses dominantes en cada situación histórica” (Martín-Baró, 1984, p.31-32).

Los intereses dominantes de un momento histórico determinado se presentan como valores universales que todas las personas “deben aceptar” como ideales deseables y directrices normativas en su existencia (Martín-Baró, 1984). De ahí que, el concepto de salud que puedan

tener los individuos, lo que a su vez puede ser constatado a través de las prácticas protectoras o de riesgo para la salud, va a ser en mucho, producto de las diferentes fuerzas imperantes.

A nivel macrosocial, el sistema identifica o registra automáticamente prácticas que alteran la salud y la calidad de vida del ser humano, que influyen en la configuración de los estilos de vida. En concordancia con esto, desde la perspectiva de algunos profesionales el estilo de vida de los costarricenses se caracteriza por prácticas inadecuadas de consumo, hábitos alimentarios desordenados o poco satisfactorios para las demandas fisiológicas, exceso de trabajo, poco descanso; sedentarismo, carencia de ejercicio físico, descuido de la espiritualidad, entre otros lo que también se presentó de forma recurrente en varios de los casos.

Aún así, muchos aspectos valorados culturalmente como parte de un estilo de vida saludable, aunque son reconocidos por algunos de los casos como coadyuvantes en el desarrollo de su propio estilo de vida, no son integrados como práctica en su diario devenir. Por tanto, parece ser que las prácticas socioculturales tienen un sentido particular para cada persona, tienen una intención particular y posiblemente son influidas por factores como: la condición socioeconómica, motivación, autoestima y creencias, tal como aluden Fernández y Rodríguez, en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, (2002), en concordancia con Ehrenzweig en Flórez y otros (2005), quien se refiere al modelo de creencias como influyente en el comportamiento de cada persona, en función de su salud.

Según la función que cumple cada persona en un contexto, de la etapa de vida en la que se encuentre y en concordancia con aspectos subjetivos como motivos, necesidades y deseos, así va a desarrollar formas particulares de construcción de su estilo de vida, por lo que van a diferir para un niño, una persona adulta o un adulto mayor. Sin embargo un común denominador en esa construcción, es que, sea cual sea la forma, tras cada una de ellas, las personas (para efectos del estudio, cada caso analizado) persiguen una meta que de sentido al papel que cumplen dentro de su contexto. Esos aspectos actúan como un preámbulo de las prácticas que ilustran su estilo de vida, pues fueron aprendidas e internalizadas y reconstruidas a partir de todo aquello que le rodea como parte de su historia personal (Abarca, 1995; Giusti, 1991).

Cada persona posee la capacidad para decidir sobre qué elementos toma de su contexto para instaurarlos en su estilo de vida. No obstante para algunos casos, tomar decisiones se ve imposibilitado por el mismo contexto sociocultural, tal como rescatan Fernández y Rodríguez, en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes, (2002).

Se infiere que algunas fuentes de motivación que impulsaron a los casos, hacia la elección de prácticas determinadas en sus respectivos estilos de vida fueron: la necesidad de alcanzar independencia o autonomía, autorrealización y autovaloración, sentirse ubicada y parte de un grupo y necesidad de aprobación y reconocimiento de la gente. En cuanto al por qué de tal necesidad, Festinger (1954) citado en Martin-Baró (1984), formula que los individuos sentimos la necesidad de acertar socialmente, es decir, sentir que nuestro comportamiento es razonable y que nuestra razón personal es también razón social válida para todos, a lo que podría agregarse la posición de Muñoz y Salinas, quienes expresan que a nivel social es posible asociar las prácticas que configuran los estilos de vida con la búsqueda de bienestar, “protección, subsistencia, identidad, libertad” (en Albala y otros 2004).

Por ejemplo, las decisiones que algunos padres toman con relación a las prácticas que deben tener sus hijos, pueden verse fuertemente mediadas por los acontecimientos de su contexto social, donde un contexto con inseguridad social puede minar las posibilidades de crecimiento personal de un niño a raíz del temor de los padres; o viceversa, cuando dentro del contexto se perciben elementos que la persona transforma en recursos para su crecimiento personal y búsqueda de salud, se hizo evidente.

Por otra parte, los diferentes grupos sociales, de los que las unidades de análisis son parte: religiosos (casos A, C y D), deportivos (casos A, C y E), familiares (casos A, B, C y D), culturales (casos A y C) y voluntarios (A y C), han fungido, en algunos de ellos, como fuentes ineludibles de gran poder de convocatoria e influencia sobre las prácticas que realizan, encontrando “espacios propositivos”, “buenas compañías” y “nuevos retos y responsabilidades” como señala una de las unidades de análisis (caso C). De este modo, no es de extrañar que dentro de estos espacios se lleven a cabo una serie de procesos de aprendizaje

personales relacionados con la auto percepción, la auto gestión, la auto reflexión, el auto conocimiento, la toma de conciencia y el empoderamiento, que a partir del análisis e interpretación, se distinguen como determinantes en la realización de las diferentes prácticas.

Dentro de este proceso de socialización, se van a dar igualmente una serie de aprendizajes relacionados con valores, creencias, costumbres, tradiciones, hábitos, patrones, normas, roles, principios y gustos, todos impulsores de sus distintos proceder. Así, familia, escuela, religión, amigos y medios de comunicación; fungirían como fuente de motivación para la instauración y vivencia o no de una práctica.

Es importante mencionar que dentro de estos entes socializadores se destacan figuras representativas y, en el caso del período de infancia, adultos significativos que, fungieron como modelos a seguir. De ahí que algunos de los casos hayan traído a colación, explícita o implícitamente, algunas de las prácticas que los involucraban, de alguna manera, con un adulto significativo durante su proceso de socialización primaria: la madre en el caso A, ambos padres en el caso B y E, la madre y ambas abuelas en el caso D.

Desde el análisis de los casos, muchas de esas prácticas están asociadas a la búsqueda de la unión familiar, al cuidado de la dieta; participación social (grupos religiosos, recreativos, comunitarios), actividad física y asistencia médica, entre otros; no obstante en cada uno funge de forma distinta en la consolidación de su impulso motivacional respecto a la salud, tal como puede observarse cuando se rescatan elementos recurrentes del discurso, más no presentes o fluctuantes en la práctica, lo que no siempre es posible de ser analizado por parte de los involucrados en la investigación, de modo que se distingue lo siguiente:

- Factores que potencialmente podrían significar riesgo para la salud: hábitos alimentarios irregulares o inapropiados, exceso de trabajo, poco descanso, sedentarismo, poco o nulo control médico, aislamiento comunitario o poco roce social, dificultad para reconocer características personales y valorar las propias acciones.

- Factores que en la mayoría de los casos en que se presentan, cumplen el papel que se adjudica a los factores protectores que caracterizarían un estilo de vida saludable: unión familiar, participación en actividades religiosas o comunitarias, control médico, cuidado en la dieta, práctica de actividades físicas, recreación, capacidad de análisis y perspectiva de cambio, búsqueda de superación personal, pues al reflejarse en sus actos, actitudes y prácticas les permitiría desarrollar una mejor calidad de vida.
- Aquellos relacionados con lo socio-cultural (conocimiento, mitos, creencias, globalización e información de medios de comunicación) que se caracterizan por su carácter fluctuante entre una u otra dimensión (riesgo o protección), según aspectos de la historia de vida de cada quien, y que son los que en definitiva permiten tener una cosmovisión de lo que significan dentro de la dinámica personal las injerencias de lo socio-cultural en la instauración de los estilos de vida y de cada uno respecto a la salud.

Estas prácticas adquieren un valor significativo para cada caso. Así, para algunos son prioritarias en su estilo de vida, vistas como parte de la cotidianidad, se “piensan” como contribuyentes principalmente a lo físico. Otras generan actitudes optimistas ante la vida, fortalecimiento de cualidades, autonomía, alta estima y que a su vez son constituyentes de la salud, aunque para los casos sean a veces desligadas del constructo como tal, más sí consideradas como potencializadoras del bienestar emocional. Esto permite observar que aun se mantiene, según los casos analizados una fragmentación entre modelo biomédico y modelo integral de salud, siendo este último mejor ilustrado en los casos A y C, que son parte de una generación de mayor edad.

Después de este recorrido a lo largo de la dinámica que se juega entre sujeto y ambiente, se puede comprobar que en la determinación de las bases motivacionales fundamentales sobre las que se sustentan las prácticas protectoras y de riesgo para la salud, va a estar presente toda una gama de factores subjetivos y sociales; esenciales todos para poder comprender los diferentes estilos de vida de los individuos.

## **5.2 Enfoque teórico de salud sobre el que profesionales en el campo, sustentan el constructo de “Estilo de vida saludable”.**

Respecto la forma en que los profesionales que participaron, conciben la salud y desde allí el constructo “Estilo (s) de vida saludable” se distinguen algunas diferencias importantes, que pueden ser adjudicadas a:

- El impacto del momento socio-histórico, económico y cultural, sobre la visión de mundo particular.
- La posición social que se tenga y por tanto las oportunidades sociales que surjan.
- El contexto familiar, laboral, religioso.
- La formación académica.
- La historia personal.
- El sistema comunicativo.
- El concepto que se tenga de “sujeto” y la percepción de sí mismo, así como la proyección de su lugar de “profesional” que hagan.

Lo que los profesionales consideran de importancia con respecto a la salud y a la forma en que se vive, tiene pigmentos de toda su historia de vida, de la manera en que fueron socializados y de sus conocimientos, mismos que afectan positiva o negativamente a quienes se “benefician” con sus servicios.

Se distinguen posiciones extremas, intermedias y más integradoras. No obstante, tales posiciones se infieren a partir de sus discursos, por tanto el impacto que su acción desde el plano profesional pueda tener en la población con la que tienen contacto, es una proyección que se haría partiendo del hecho de que también en sus discursos abogan por un compromiso con la promoción de la salud, para el mejoramiento de la calidad de vida del costarricense.

Así, el análisis de cada uno de los discursos, permitió identificar los siguientes aspectos:

- ***Marcado apego al modelo biomédico:*** El Médico, aún cuando hace referencia a la influencia que tiene la sociedad en la elección de nuestro patrón (estilo) de vida, se refiere a la “salud” en los siguientes términos: “la salud es no tener una vida sedentaria, este es un buen principio, lo segundo son los hábitos alimenticios de la persona, las características anatómicas que van a referir a un paciente, según sea su origen, sexo, raza, la religión de donde procede, los factores idiopáticos, que en todas las personas se van a ver”.

Lo anterior permite inferir, que aunque menciona un elemento social como lo es la religión, su concepto se encuentra sujeto a la concepción biomédica, que caracteriza en gran parte a la carrera de medicina en la que el punto de atención por lo general es el cuerpo y lo patológico en él.

En este sentido, su discurso evidencia que, tal como se critica en un estudio realizado por el IDESPO, existe una “visión estática y reactiva, en la que se visualiza a la salud como un estado de partida, que si bien puede deteriorarse o perderse, no requiere mayor inversión o acción que aquella que demande una situación de crisis, (IDESPO, Cod OPS 40-ID05 Pulso 40, 2005, p.1), desde donde la salud es comprendida como la *ausencia de enfermedad*. Partiendo de lo anterior podría inferirse que siendo una “figura” importante en el campo de la salud, quizás el mensaje que difunda sea fragmentario y por ende obstaculizante al empoderamiento de aquellos a quienes tradicionalmente desde éste modelo de salud se consideran “pacientes”, concepto que de por sí es estigmatizante, que detenta en cierta medida contra la capacidad de decisión y creatividad del ser humano, condiciones plausibles para la consecución de la salud, según estudios en el campo (Graud y Martinez citado por Graud en Florez y otros 2005 ).

- ***Posiciones intermedias*** en las que se integran otras dimensiones al constructo de salud: La odontóloga externa que el constructo de salud está enfocado “*desde tres puntos de vista, la salud física, la emocional y la espiritual [a lo que agrega] el orden sería*

*número uno espiritual, emocional y física. Nos olvidamos de la parte espiritual. Primero que nada nosotros nos concentramos en este cuerpo, no pensamos que tenemos otras partes”* (Entrevista, odontóloga). El planificador social, menciona que la salud es un *“bienestar integral. (...). Bueno espiritual de primero, si estoy hablando de mi, estaría hablando a nivel espiritual, a nivel familiar, a nivel de salud, la parte profesional (...). Yo creo que la parte espiritual sería la más importante que todos los demás”* (entrevista, planificador).

Aún cuando ambos discursos se alejan del concepto biomédico, la odontóloga da poca atención a la sociedad como determinante esencial, pues no menciona factores sociales, históricos y culturales. Igualmente, el planificador hace énfasis en los valores del sujeto y a la parte espiritual, opacando de alguna forma la influencia de otros aspectos que intervienen en la elección del estilo de vida. Ambos dejan fuera de su análisis el factor socio-histórico y económico, que como pudo verse en varios de los casos revisados, está siempre latente.

Cabe mencionar que, desde ambas posiciones, la parte espiritual y la escala de valores que posea el sujeto, también influyen directa y fuertemente en el estilo de vida y en la salud; con ello coincide Ehrenzweig al rescatar que *“...el que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como determinantes más próximos de las conductas de salud...”* (en Flórez y otros, 2005, p.139), y que respaldan algunos pocos estudios que han profundizado en ello.

- ***Posición integradora:*** la trabajadora social menciona que el concepto de salud y el estilo de vida tiene que ver con: *“...factores externos e internos como el contexto, la sociedad no sólo costarricense sino mundial..., las capacidades físicas...la capacidad de crecer y transformar la realidad, los valores, costumbres, oportunidades sociales, posición social y laboral... la parte emocional, lo espiritual... la definición de motivaciones e intereses en la vida, (...)una dirección hacia dónde voy...tiene que ver con manejar los cambios con creatividad, con principios, valores, patrones, con la alimentación... la calidad de vida no depende de si estoy flaco o gordo...es una búsqueda de la felicidad y de plenitud...”* (Trabajadora Social, grupo focal).

Esta posición coincide con quienes aseveran que la salud debe ser comprendida desde una posición holística (Morales, 1999 y Flórez y otros, 2005), en la que se encuentra también un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la familia, la educación y la calidad de vida en general (Moreno, Garrosa y Gálvez en Flórez y otros, 2005) y que se formula como un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas (Morales, 1999).

Ahora bien, cabe mencionar que la condición física, el estar gordo o flaco, también tiene repercusiones psicosociales, por lo cual no se puede desligar de los demás elementos que intervienen en la construcción del estilo de vida. No obstante, la Trabajadora Social tras la frase “la calidad de vida no depende de si estoy flaco o gordo” resta importancia a la dimensión física de la salud, enfocando su atención en los elementos psicosociales.

Lo anterior evidencia el impacto de la formación académica en cada uno de los discursos, pues se pudo observar cómo enfatizan en áreas de su disciplina aun y cuando intenten conceptualizar la salud desde una perspectiva integral. Igualmente, en sus posiciones reflejan cómo se percibe al otro, lo cual determina en gran medida la forma de actuar frente a ese otro, al tiempo que incide en el otro dentro del proceso comunicacional.

Cabe preguntarse entonces, por el papel que está jugando la perspectiva de los médicos en los procesos psicosociales a partir de los cuales se estructuran los estilos de vida en relación con la salud, ya que son entes que socialmente han estado directamente relacionados con el campo de la salud y que mayor contacto podrían tener con las personas (partiendo del seguimiento de casos), y si esto tiene alguna relación con que la toma de decisiones en este sentido se vuelva confusa, lenta o incluso inexistente en algunos de estos casos.

Tanto el médico como los demás profesionales implicados en este proceso de análisis, como entes públicos, tienen para los demás cierto grado de “autoridad”; esto provoca en muchas ocasiones que su palabra no sea cuestionada y por ello, los y las “usuarias” podrían adoptar comportamientos similares, o que se infieren de sus discursos.

Esto conduce a subrayar como misión de la formación académica, fortalecer el conocimiento orientado a la prevención o promoción en salud, con y desde la interdisciplinariedad y desde una verdadera visión holística de la salud.

### **5.3 Líneas de acción psicosocial que han de ser atendidas para fortalecer los proyectos de promoción de estilos de vida saludables, partiendo del estudio de casos, la visión de profesionales y la situación de los proyectos analizados.**

Si bien es cierto que en nuestro país se han realizado grandes esfuerzos para entender la salud e implementar un nuevo paradigma, que se aleje del modelo biomédico y adopte el modelo de Promoción de la Salud, a partir del análisis de todos los casos, de los profesionales y de los proyectos, se pudo evidenciar que:

- Aún no se aborda la temática desde una manera integral, donde se tomen en cuenta todas las dimensiones (social, cultural, económica, psicoemocional, física, espiritual e intelectual,) del estilo de vida de forma dinámica y equitativa. Se perciben esquemas divididos en los que, aunque teóricamente reconocen los componentes que intervienen en la constitución de estilos de vida saludables, no logran integrarlos en la práctica.
- El papel determinante que juega el sistema macrosocial y el micromedio sobre algunas prácticas que configuran los estilos de vida de las personas, no resulta claramente identificable para todos, por lo que quedan sin ser consideradas condiciones socio-culturales que participan en la configuración de los estilos de vida que posibilitarían, según la postura de Vigostky, desde la interacción de la persona con su contexto sociocultural y participación con los otros en prácticas socioculturalmente constituidas, la reconstrucción del mundo en que vive (en Hernández, 1998), lo que a su vez, aun en un contexto global le diferenciaría de los demás. Así se infirió caso por caso, pues sin importar la edad o la condición social, desde el niño hasta la mujer pensionada, expresaron en sus actos la traducción subjetiva de lo aprendido en su casa, con sus

familias, sus padres, su comunidad, su religión (herencia sociocultural). Con este paso se dejaría de lado, aunque fuera un poco, el “dualismo entre individuo y sociedad”.

- La diversidad de estilos de vida se instaura en función de las conceptualizaciones de “salud”, su proceso de construcción involucra, contextos socializadores en etapas tempranas, características sociodemográficas y eventos significativos en la vida de los casos estudiados, no obstante se infiere que la potenciación de las capacidades propias en relación con los recursos del medio, no ha sido suficientemente explotada. Si bien, cada uno de los casos (A, B, C, D, E) respondía a las exigencias de su medio para satisfacer algunas de sus necesidades; en algunos no resultó la única alternativa de vida, por ejemplo el caso C, a pesar de estar determinada por ciertas condiciones de vida, puso en práctica una elección individual, abriendo nuevos espacios que le permitieran sentirse realizada, asumiendo un carácter activo ante su estilo de vida.
- La responsabilidad social, contemplando la individualidad en el curso de la salud, donde cada persona acepte un mayor compromiso con su salud y traduzca eso en actividades para el mejoramiento de sus condiciones existentes, y en la adopción de formas de elección y modos de vida más saludables aun se manifiesta tímidamente.
- Llama la atención que sean las personas de más edad (casos A y C), quienes se preocupen por tratar de potenciar más aspectos de la salud (alimentación, control médico, ejercicio, buenas relaciones interpersonales) en su cotidianidad, e incluso muestren mayor capacidad de análisis. Esto podría indicar que el peso de las creencias o percepciones que se tienen sobre la salud a raíz de experiencias gratificantes vividas, sobrepasan los conocimientos; y que, igualmente los temores o experiencias negativas actúan inhibiendo la acción como en los casos B y D, condiciones aun poco exploradas.
- La apertura a la interdisciplinariedad en los procesos de promoción de salud, considerada como herramienta para accionar en los subsistemas junto con las diferentes redes sociales, aun no refleja su impacto en el discurso y/o accionar respecto a la potenciación de la salud, de los profesionales y de los casos estudiados.
- El alcance que pueden tener investigaciones, información y proyectos que se ejecuten, para romper con el modelo de salud estático y promover la potenciación de las

capacidades individuales, más allá de las necesidades y posibilidades de los sujetos es inimaginable, no obstante aun permanece disimulado.

- La implementación de Escuelas promotoras de Salud, incrementa la posibilidad de alcanzar un crecimiento y desarrollo saludable, incorporando tempranamente estilos de vida saludable, habilidades para la vida y prevención y atención de morbilidad prevalente. En estas escuelas se unen los sectores de salud y educación para propiciar la adopción de hábitos saludables, favorecer la autoestima y fomentar el cuidado de la salud ambiental. En términos vigotskianos se ajustan a una educación que va “... dirigida, en su diseño y en su concepción, a promover el desarrollo de las funciones psicológicas superiores, y con ello, el uso funcional, reflexivo, descontextualizado de instrumentos y tecnologías de mediación sociocultural en los educandos” (Vigostky en Hernández, 1998, p.231). Este es un espacio que requiere de atención prioritaria.

Es necesario acogerse de manera urgente a la propuesta de la Psicología de la Salud y posicionar aún más a la psicología en un papel propositivo respecto a la salud, desde áreas como la investigación para la promoción, optimización y mantenimiento de la salud, fortaleciendo su accionar en la identificación de aristas actitudomotivacionales y afectivo-emocionales, generadoras de hábitos; en la prevención primaria desde la identificación precoz de condiciones asociadas a problemas; y en la promoción del modelo integrador de salud involucrando dentro del panorama de factores de riesgo y protectores, aquellos que dentro de las áreas mencionadas han sido poco abordados.

## **Capítulo VI**

### **RECOMENDACIONES**

A partir del recorrido de los casos, del discurso de los profesionales y del análisis de proyectos, se lograron identificar ciertos elementos esenciales cuando se requiera planear y ejecutar cualquier acción en el área de la salud. Partiendo de la complejidad que caracteriza el constructo de salud y desde ahí el de “estilo de vida saludable”, al que más que la uniformidad le distingue la multiplicidad, en razón de las distintas realidades socioculturales que participan en correspondencia con los individuos, se extraen las siguientes recomendaciones en pos de una perspectiva de salud que permite reconocer el valor de lo personal y lo histórico-social en la configuración de los estilos de vida.

- Reconocer que el sujeto está inscrito en un contexto macrosocial que funge como determinante en su relación dialéctica con el medio y por ende en su configuración de estilo de vida, lo que implica aproximarse a este proceso para determinar cómo interpreta su realidad y actúa ante ella.
- Trascender el concepto tradicional de “salud como ausencia de enfermedad” en investigaciones sobre la categoría “estilo de vida”, que contemplen para su comprensión, factores que, más allá de la identificación y modificación de conductas, hábitos, y comportamientos, desde los niveles macrosocial, del micro medio y desde lo subjetivo, se articulan desde su instauración espacio-temporal, para con ello fortalecer la implementación de proyectos en promoción de la salud.
- Considerar las prácticas protectoras y de riesgo para la salud, como realidades circunscritas a un contexto específico.
- Incorporar dentro de los proyectos de promoción, diferentes instrumentos y estrategias, que consideren aspectos como optimismo, sentido de coherencia, resiliencia y autoestima o autoconcepto, que brinden la posibilidad de suplir las necesidades creadas en los individuos, sin alterar o poner en riesgo sus estilos de vida.

- Concebir al sujeto como un ente activo, conocedor de su realidad, capaz de generar modificaciones desde sus habilidades y recursos, para su estilo de vida con el fin de que considere su condición como una herramienta de apoyo para su crecimiento y se pueda propiciar la coparticipación en la construcción de su propia salud.
- Abogar por una formación académica integral, dentro del plan de estudios de la carrera de Psicología ya que la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, promulga la necesidad de trascender el campo de la aplicación clínica (desde su concepción tradicional) hacia una participación comunitaria importante, también en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad.
- Fortalecer en la malla curricular, el eje transversal de Salud con enfoques de salud que permitan al estudiante ampliar sus conocimientos en el área de la Psicología de la Salud, con aportes interdisciplinarios que le permitan a profesionales egresados de esta Unidad, coadyuvar en la superación de los límites de la concepción biomédica y generar un efecto socializador del concepto integral de salud, desde esta disciplina, tanto desde la investigación.
- Potenciar la participación del psicólogo como promotor de la acción intersectorial, desde un análisis de las distintas áreas de inserción en las que los programas de las “Escuelas promotoras de salud” han abierto espacios en los planes de educación escolar en Costa Rica, e incursionar en espacios hasta hoy ocupados por otros profesionales de la salud.

## **Bibliografía**

Abarca, S. (1995). *Psicología de la Motivación*. San José. EUNED.

Aignerren, M. (2002) La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. CEO, *Revista Electrónica* N°. 7. Biblioteca Virtuales Población Centro Centroamericana de Población. Colombia. En línea. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac/bvp/texto/14/grupos\\_focales.htm](http://ccp.ucr.ac/bvp/texto/14/grupos_focales.htm)

Albala, C., Olivares, S., Salinas, J., Vio, F. (2004). Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud. Santiago: Andros Impresores.

Albala, C. Vio, F. y Villarroel, A. Enfermedades Crónicas Relacionadas con Nutrición y sus Factores de Riesgo en Chile. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (57-70). Santiago: Andros Impresores.

Amigo, I. y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. EDICIONES PIRÁMIDE.

Arias, P. y Barna, R. Promoción de Salud y Ambiente Laboral. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (253-268). Santiago: Andros Impresores.

Arjona, N., Hernández, G. (2002). *Escuelas Promotoras de la Salud en Costa Rica, 2002*. Programa Intersectorial. En línea disponible en: [www.paho.org/spanish/HPP/HPM/HEC/hs\\_about.htm-21k](http://www.paho.org/spanish/HPP/HPM/HEC/hs_about.htm-21k)

Avia, M. Amortiguadores del estrés y salud familiar. En J. Buendía (Comp.) (1999) *Familia y Psicología de la Salud* (pp. 93-111). Madrid: EDICIONES PIRÁMIDE. S.A.

- Bahamonde, C., Vio, F. y Salinas, J. Actividad Física y Promoción de la Salud. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (130-140). Santiago: Andros Impresores.
- Barra, E. Salud, Estados Afectivos y Eexpresión Emocional. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 103-114). Bogotá. ALAPSA.
- Barrantes, R. (1999). Investigación, un Camino al Conocimiento: Un enfoque cuantitativo y cualitativo. Costa Rica: UNED.
- Cabra, J., María, I., Cruz, M., Sarasibar, X. y Savall, A. (1998). Proyecto Curricular para Trabajar Salud y Estilos de Vida. Manual “Saber Vivir (Estilos de vida y salud)”. Barcelona. En línea disponible en: <http://www.xtec.es/~imarias/proyesti.htm>
- Calixto, D. (2006). La obesidad y la actividad física como determinantes de estilos de vida en la población estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Biblioteca Lascasas, 2. En línea. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0089.php>
- Castillo, M. Factores Psicosociales y Promoción de la Salud. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (159-174). Santiago: Andros Impresores.
- Castro, G., González, A. y Pérez, A. (s.f.). El paradigma histórico cultural: consideraciones necesarias para su afrontamiento. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos40/paradigma-hisorico-cultural/paradigma-historico-cultural12.shtml>

Carril, J. Desafíos Comunes para los Programas de Promoción de la Salud. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (193-201). Santiago: Andros Impresores.

Chaves, A. (2001). Implicaciones Educativas de la Teoría Sociocultural de Vigotsky. Educación. Revista de la Universidad de Costa Rica. Vol 25 N° 2. 2001. San José: Ed. de Costa Rica.

Cole, M., John-Steiner, V., Scribner, S. y Souberman, E. (2000). Lev S. Vygotski. El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores. Barcelona: CRÍTICA.

Córcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. En línea disponible en:

<http://www.meobio.uchile.cl/23/carcamo.htm>

Cordero, T. (1998). Reflexiones alrededor de los procesos de grupo y de la participación de los agentes externos. Psicología Comunitaria en relaciones de Poder. Volumen 14, (número 96), páginas 3 – 35.

D' Angelo, O. (s.f.) Enfoque Histórico-Cultural, Complejidad y Desarrollo Humano. –En una Perspectiva Integradora, Transdisciplinaria y Emancipatoria-. Ponencia al Encuentro Internacional Hóminis-02. En Simposio: El enfoque histórico-cultural. Complejidad y transdisciplinaria.-En línea. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D044.pdf>

Delgado, M. y Latiesa, M. Hábitos de vida relacionados con la práctica de actividad físico-deportiva. En Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes. (2002) (Comp.). (pp. 57-65). España: editorial Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Devís, J. (s.f.). La salud en el currículum de la Educación Física: Fundamentación Teórica y Materiales Curriculares.

Diez de la Cortina (s.f.). La Hermenéutica. En línea. Disponible en: <http://www.cibernous.com/autores/existencialismo/teoria/hermeneutica.html>.

Ehrenzweig, Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 133-152). Bogotá. ALAPSA.

Estado de la Nación (2004). San José, Costa Rica: Guilá.

Fierro, A. y Jiménez, J. Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar: construcción conceptual y aproximación empírica. En J. Buendía (1999). Familia y Psicología de la Salud (pp. 49-79). Madrid: EDICIONES PIRÁMIDE, S.A.

Flórez, L. La Dimensión Psicológica en la Promoción de la Salud: El Programa “Escuelas Saludables”. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 181-192). Bogotá. ALAPSA.

Flórez, L., Botero, M. y Moreno, B. (2005). Psicología de la Salud. Temas actuales de Investigación en Latinoamérica. Bogotá. ALAPSA.

Gil, J. (2004). Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: EDICIONES PIRÁMIDE.

Gil, J. Aproximación Histórica y Conceptual. En J. Gil (Dir.), Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones (pp.23-187). Madrid: EDICIONES PIRÁMIDE.

Giusti – Ortiz, A. (1991). Calidad de Vida, Estrés y Bienestar. Puerto Rico. EDICIONES PSICOED.

Godoy, J. Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En M. Simón (Ed.), Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones (pp. 39-76). Madrid: BIBLIOTECA NUEVA.

Gómez, J., Jurado, M., Viana, B., Da Silva, M. y Hernández, A. (2005). Estilos y Calidad de Vida. Revista Digital – Buenos Aires – Año 10 – No. 90 – Noviembre de 2003. En línea. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>

Gómez, V. Calidad de los roles laboral, de pareja y parental y su relación con la autoestima, indicadores de riesgo cardiovascular, síntomas de malestar físico, depresión y ansiedad de hombres y mujeres empleados. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 115-132). Bogotá. ALAPSA.

González, E., Fernández, V. (2004). Estilos de vida en adultos de 18 a 60 años con retraso mental, en el cantón de Pérez Zeledón. San José, Costa Rica.

González, U. (s.f.). El concepto de Calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Guerra, M. (1999). Diccionario Enciclopédico de las Sectas. Madrid. Biblioteca de autores Cristianos.

Graud, J. Estrés, Salutogénesis y Vulnerabilidad. Repercusiones para la Psicología de la Salud Contemporánea. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 33-57). Bogotá. ALAPSA.

Gutiérrez, G. (1986). Metodología de las Ciencias Sociales-II México:HARLA.

Hernández, G. (1998). Paradigmas en Psicología de la Educación. México. PAIDÓS.

Hernández, R., Fernández C. y Baptista, P. (2006) Metodología de la Investigación (4ed.). México, D.F: McGraw-Hill.

Ibáñez, J. (2003). La Psicología Histórico-Cultural: cultura, actividad y aprendizaje. Disponible en: <http://www.pangea.org/jei/edu/f/psic-h-c.htm>

Jacoby, E., Bull, F., y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública vol. 14 no. 4. En línea. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892003000900001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900001&lng=en&nrm=iso)

La actividad física y la alimentación claves para una sana vida. (2007). E.V.A.S (Estilos de Vida Activos y Saludables). En línea. Disponible en: <http://evas.encolombia.com/evas-actividad.htm>

Leignadier, J., Valderrama, G., Vergara, I. y Fajardo, E. (s.f.). Estilos de vida saludable y Sentido de vida en estudiantes universitarios. Universidad Católica Santa María La Antigua. Vicerrectoría de Post Grado e Investigación. En línea. Disponible en: <http://www.usma.ac.pa/web/DI/images/cipsu/INFORME%20FINAL%20ESTILOS%20DE%20VIDA%20SALUDABLES.pdf&w=estudios+sobre+estilo+vida+saludable&d=URgCMRIeORk9&icp=1&.intl=us>

Legitic, B. La Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (8-19). Santiago: Andros Impresores.

- Leme, E. (2005). El placer de comer bien. Alimentos para prevenir y curar. Buenos Aires: ASOCIACIÓN CASA EDITORA SUDAMERICANA.
- López, J. y Latiesa, M. Población Adulta y Calidad de Vida. En Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Consejo Superior de Deportes. (2002) (Comp.). (pp. 41-56). España: editorial Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- López, S. (2002). Lo corporal y lo psicossomático. México: CEAPAC.
- Magaña, L., Zavalabm, M., Ibarra, I. Gómez, M. y Gómez, M. (2004). El sentido de vida en estudiantes de primer semestre de la Universidad de la Salle Bajío. (Mayo). Revista Centro de Investigación Universidad la Salle Bajío. En línea. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/342/34202201.pdf>
- Marcus, B. y Forsyth, L. (2003). Motivating People to be Physically Active. United States. Human Kinetics.
- Martin-Baró, I. (1984). Psicología Social. San Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.
- Martínez, D. (2006). Habilidades Sociales. En línea. Disponibles en: <http://www.monografías.com/trabajos12/habilsoc/habilsoc.shtml>
- Martínez, M. (1997). Comportamiento Humano: nuevos métodos de investigación. México: Trillas.
- Martínez, A. (1999). El enfoque sociocultural en el estudio del desarrollo y la educación. Revista electrónica de investigación educativa. Vol. 1, Núm. 1. En línea. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol1no1/contenido-mtzrod.html>

Maya, L. (2001). Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y ocio. FUNLIBRE. En línea. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1>

Mayo, I. (1999). La Categoría Estilo de Vida y su Importancia para la Psicología de la Salud. En línea disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/lacateg/lacateg.shtml>

McKay, M., Fanning, P. (s.f.). Autoestima: Evaluación y mejora. Martínez Roca, libros universitarios y profesionales.

Memoria Primera Reunión y Asamblea Constitutiva Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, (RLEPS) San José, Costa Rica. En línea disponible en: [www.ops-oms.org.ve/site/EPS/index\\_new.htm-32k](http://www.ops-oms.org.ve/site/EPS/index_new.htm-32k)

Ministerio de Salud. (2002). Política Nacional de Salud 2002-2006. En línea, disponible en: [www.netsalud.sa.cr/polio206/POLITICA.pdf](http://www.netsalud.sa.cr/polio206/POLITICA.pdf)

Minoletti, A. Situación de la Salud Mental en América Latina. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (71-87). Santiago: Andros Impresores.

Monge, V., Mosquera, V. (1999). Calidad de vida del educador (a) físico (a) costarricense del área Metropolitana. San José, Costa Rica.

Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: PAIDÓS.

Moreno, B. Garrosa, E. y Gálvez, M. Personalidad positiva y salud. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 103-114). Bogotá. ALAPSA.

Moreno, L., González, M., Marcos, A., Jiménez, D., Sánchez, M., Mesana, M., Gómez, S., Vicente, G., Díaz, L. y Castillo, M. (2007). Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: El proyecto HELENA. *Selección*, 2007; 16 (1): 13-17. En línea. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2260961>

Motivación / ¿Cuál es tu meta? Un Estilo de Vida Saludable (2007). *Mi Dieta*. En línea. Disponible en: <http://www.midieta.com/article.aspx?id=8174>

Muñoz, F. y Salinas, J. Promoción de la Salud como Política de Estado. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (1-7). Santiago: Andros Impresores.

Mylena, V. (1997). Propuesta teórica para el estudio de los estilos de vida en la Costa Rica contemporánea (Reporte No. 31). San Pedro de Montes de Oca: Universidad de Costa Rica.

Navas, C. y Villegas, H. (2006). Investigación: Espiritualidad y Salud. *REVISTA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN*. Año 6 – Vol. 1 – No. 27 – Valencia, Enero-Junio 2006 pp. 29-45. En línea. Disponible en: <http://servicio.cid.uc.edu.ve/educacion/revista/volIn27/27-2.pdf>

Olivares, S. La Alimentación como Condicionante de la Promoción de la Salud. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (114-129). Santiago: Andros Impresores.

Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas Somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, diciembre, año/vol. 21, no. 002. pp. 276-285. Universidad de Murcia, España. En línea. Disponible en: <http://www.redalyc.org>

Ortiz, G. Bioética y Psicología de la Salud. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). *Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica* (pp. 17-30). Bogotá. ALAPSA.

Palomo, L., Márquez, S., Ortún, V. y Benavides, S. (2006). Modelos de Enfermedad en el Mundo Desarrollado. *Gac Sanit.* 2006; 20 (supl 1): 2-9. En línea. Disponible en: <http://www.doyma.es>

Percepción de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida saludables y los servicios de salud. (2004). (Reporte No. OP'S 35 ISSN 1659-0007). Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional.

Percepción de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida. (2005). (Reporte No. OP'S 40 ISSN 1659-0007). Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional.

Pérez, G. (2001). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Madrid: NARCEA, S.A. DE EDICIONES.

Pezoa, S. Vidal, A. y Gúzmán. Escuelas Promotoras de Salud y del Aprendizaje. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). *Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud* (240-252). Santiago: Andros Impresores.

Prieto, J. y Nistal, P. (2003). La importancia del deporte-salud. *Revista Digital – Buenos Aires – Año 9 – No. 61 – Junio de 2003*. En línea. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>

Prieto, M. (2006). Curso de Prevención del Burnout en Profesores Universitarios. Simposio “Burnout en Contextos Educativos”. En línea. Disponible en: <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/congreso/trabajos/mprieto3.htm>

Programas Comunitarios de Promoción de Estilos de Vida Saludables. (2004). (PROEVISA). Washinton, Octubre. En línea. Disponible en: [www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/paho/carmen\\_costarica.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/paho/carmen_costarica.pdf)

Promoción de la Salud. Paradigma Central del Enfoque de Salud. Ministerio de Salud.

Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica No. 557:27.

Proyecto de Extensión: Creación de una zona de vida al aire libre. (2005). Heredia: Universidad Nacional.

Ramírez, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Colombia Médica. Hospital Universidad del Valle, Vol. 33 – No. 1. En línea. Disponible en: <http://paginasweb.univalle.edu.co/~colombiamedia/Vol33No1/acondicionamiento.htm>

Restrepo, E. Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud. En E. Restrepo y H. Málaga (Eds). (2001), Promoción de la salud: cómo construir vida saludable (pp. 16-23).

Restrepo, E., Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Colombia: Editorial Médica Panamericana. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Restrepo, E. (2005). Promoción de la Salud: desafíos y propuestas para el futuro. Conferencia presentada en el Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud, Santiago de Cali, Colombia. En línea. Disponible en: [http://www.cedetes.org/files/memorias\\_seminario/CONFERENCIA\\_HELENA\\_RESTREPO.pdf](http://www.cedetes.org/files/memorias_seminario/CONFERENCIA_HELENA_RESTREPO.pdf)

- Rodríguez, J. y García, J. Psicología Social de la Salud. En J. Alvaro, A. Garrido y J. Torregosa (coordinadores) (1998). Psicología Social Aplicada (pp. 351-380). España: Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga. España. Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, J. y Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. Universidad de Oviedo. Psicothema, 1999. Vol. 11, No 2, pp. 247-259. En línea. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/204.pdf>
- Rojas, M. Aspectos Epidemiológicos y Psicológicos de la Actividad y la Inactividad Físicas. En L. Flórez, M. Botero y B. Moreno (Eds.), (2005). Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica (pp. 153-178). Bogotá. ALAPSA.
- Salinas, J. y Vio, F. Política de Promoción de Salud en Chile. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (29-49). Santiago: Andros Impresores.
- Sánchez, H. y Albala, C. ¿La Promoción de la salud ayuda a disminuir las inequidades en salud? En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (20-28). Santiago: Andros Impresores.
- Sánchez, H. Moreno, X. y Bustos, N. Promoción de Estilos de Vida Saludables en Centros de atención Primaria. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (228-239). Santiago: Andros Impresores.
- Sandín, M. (2003). Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones. Madrid: McGraw Hill

Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano, M., Bustos, A. y Padilla, R. (2004). Percepciones de la ciudadanía costarricense sobre la niñez. (Agosto/Setiembre). Cod. OPS 36 ID04 Pulso 36. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: [www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm](http://www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm)

Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano, M., Bustos, A. y Padilla, R. (2005). Percepciones de la población costarricense acerca de la población Adulto Mayor. (Octubre). Cod. OPS 41-ID05 Pulso 41. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: [www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm](http://www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm)

Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano, M., Hartley, M., Bustos, A., Padilla, R. (2004). Percepción de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida saludables y los servicios de salud. (Agosto) IDESPO, Cod. OPS 34-IDO4 Pulso 35. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: [www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm](http://www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm)

Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano y Juárez, O. (2003). Percepción de la sociedad costarricense sobre la familia, la niñez y la adolescencia. (Setiembre) IDESPO, Cod. OPS 30 ID03 PULSO 31. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: [www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm](http://www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm)

Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano, M., Segura, G. y Bustos, A. (2006). Percepción de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida y servicios de salud. (Agosto) IDESPO, Cod. OPS 48 1006 Pulso 48. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: <http://www.una.ac.cr/idespo/pdf/ops40.pdf>

Sandoval, I., Pernudi, V., Solórzano, M., Segura, G. y Bustos, A. (2005). Percepción de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida. (Setiembre). IDESPO, Cod.

OPS 40-ID05 Pulso 40. Heredia: Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional. En línea. Disponible en: [www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm](http://www.una.ac.cr/idespo/pulso.htm)

Sarason, B. Familia, apoyo social y salud. En J. Buendía (1999). Familia y Psicología de la Salud (pp.19-48) . Madrid: EDICIONES PIRÁMIDE, S.A.

Sarmiento, L. (s.f.). Promoción de estilos de vida saludables en escolares a partir de la actividad física. En línea. Disponible en: [http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/eureka/edicion03/livington\\_sarmiento.html](http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/eureka/edicion03/livington_sarmiento.html)

Segura, C. (2004). Módulo de capacitación integral: preparación física. El camino para mejorar la calidad. San José, Costa Rica.

Serra, Ll. (2006). Salud y Alimentación en el adulto y la vejez. CONSUMER.es EROSKI. En línea, disponible en: [http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/salud\\_y\\_alimentacion/adulto\\_y\\_vejez/2006/06/08/152692.php](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/salud_y_alimentacion/adulto_y_vejez/2006/06/08/152692.php)

Setien, M. (1996). Ocio y Calidad de Vida. Minusval. N. 102, mayo – junio. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), España. Pág. 21-23.

Shadyac, T. (Director). (1998). Patch Adams. [Película]. Estados Unidos: Universal Studios.

Silvestre, I. y Stavile, A. (2005). Aspectos Psicológicos de la Obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Posgrado en Obesidad a Distancia Universidad-Favarolo. En línea. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/ob05-02.pdf>

Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutierrez, L. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Revista Española de salud pública. V.71 n4. Madrid (julio/agosto). En línea. Disponible en:

www.scielo.iscii.es/scielo.php?scrip=sci\_arttext&pid=s1135-57271997000400002&lng=es&nrin=150

Stake, R. (1999). Investigación con Estudio de Casos. Madrid: EDICIONES MORATA, S.L.

Sturlock, M. (Director). (2004). Super Size me. [Documental]. Estados Unidos: Hart Sharp Video.

Tercedor, P. y Delgado, M. (2000). Estudio: Modalidades de prácticas de actividad física en el estilo de vida de los escolares. Revista Digital - Buenos Aires – Año 5 – No. 24. En línea. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>

Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2004). Formulación de un Modelo Teórico de la Calidad de la Vida desde la Psicología. Universitas Psicológica La Revista, enero-junio, año/vol. 3, número 001 Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia pp. 89-98. En línea. Disponible en: <http://www.redalyc.org>

Tusón, A. (1997). Análisis de la Conversación. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

Varo, J., Martínez, A. y Martínez, M. (2003) .Beneficios de la Actividad Física y Riesgos del Sedentarismo. Universidad de Navarra. Medicina Clínica (Barc) 2003; 121 (17): 665-672. En línea. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n5/original4.pdf>

Videla, M. (1984). Prevención: intervención psicológica en salud comunitaria. Buenos Aires: Ediciones cinco.

Villalba, R. (s.f.). Paradigmas de salud en las sociedades del próximo milenio. 1er Congreso Virtual de Cardiología. Federación Argentina de Enfermería.

Villaseca, P. Liderazgo y Gestión Local en Promoción de la Salud. En C. Albala, S. Olivares, J. Salinas y F. Vio (Eds.), (2004). Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud (184-192). Santiago: Andros Impresores.

Werner, R., Pelicioni, M. y Chiattonne, H. (2003). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. En línea, disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-111-6-la-psicologia-de-la-salud-latinoamericana-hacia-la-promocion-de-la-salud.html>

White, E. (1954). El Gran Conflicto. California. Ellen G. White Publications.

(World Encyclopedia of Library and Information Science.  
(Enciclopedia). En línea, disponible en:  
<http://bibliotecavirtualut.suagm.edu/Instruccion/fuentes.htm>)

Zanuso, H. (1989). Iglesias y Sectas en América Latina. México. Librería Parroquial de Clavería.

# **ANEXOS**

**Anexo N° 1. Cuadro de Estudios recientes sobre Estilos de Vida**

**CUADRO DE ESTUDIOS RECIENTES SOBRE ESTILOS DE VIDA**

<b>NOMBRE</b>	<b>AUTOR/AÑO</b>	<b>OBJETIVO(S) PRINCIPAL(ES)</b>	<b>RESULTADOS</b>
<p>Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: El proyecto HELENA(Healthy European Lifestily by Exercise and Nutrition in Adolescente)</p>	<p>L.A Moreno, M. González Gross, A. Marcos, D. Jiménez-Pavón, M.J Sánchez, M. I. Mesana, S. Gómez, G. Vicente-Rodríguez, L.E. Díaz, M.J. Castillo, en representación del grupo HELENA. Selección, 2007; 16(1) p.13-17</p>	<p>-Desarrollar y armonizar métodos científicos novedosos con el fin de obtener datos sobre el estilo de vida de los adolescentes europeos, en especial sobre dieta, nutrición y actividad física.                      -Investigar sobre los conocimientos y actitudes nutricionales y de actividad física de los adolescentes, con el fin de poder establecer los principales determinantes de sus preferencias y elecciones de alimentos.                      -Desarrollar y evaluar un Programa de Educación para mejorar hábitos nutricionales y de estilos de vida” (p.13)</p>	<p>-“La adolescencia es un período crítico en la vida porque en él se establecen comportamientos que pueden ser hábitos de salud para el resto de la vida” (pág.15).</p>
<p>Percepción de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida y servicios de salud</p>	<p>Grupo de Opinión: (IDESPO)                      Irma Sandoval Carvajal                      Vilma Pernudi Cavaría                      Norman Solórzano Alfaro                      Guisilla Segura Espinoza                      Ana Lucía Bustos Vásquez                      Agosto (2006) Pulso OPS´48</p>	<p>Investigar sobre los estilos de vida en 800 hogares costarricenses, seleccionados al azar y entrevistados vía telefónica.</p>	<p>-En el tiempo libre prevalece el tiempo dedicado a actividades que requieren esfuerzo físico moderado.                      -Sólo el 18% practica algún deporte 3 o 4 a la semana, 33% caminatas al aire libre 3 o más veces.                      -Se considera que la población costarricense tiene un estilo de vida poco saludable.                      - Se mantiene el porcentaje que considera que no existen suficientes servicios de salud para cubrir a todos.</p>

<p>Programa Comunitario de Promoción de Estilos de Vida Saludables (PROEVISA)</p>	<p>Washinton, Octubre 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser modelo de experiencias locales de Promoción de la Salud orientado al mejoramiento de estilos de vida saludable y a la prevención de las enfermedades cardiovasculares.</li> <li>-Realizar actividades de capacitación sobre concepto de Estilos de Vida Saludable.</li> <li>-Hacer sesiones de salud laboral.</li> <li>-Realizar actividades de Prevención y Promoción.</li> <li>-Instruir sobre estilos de vida saludable.</li> </ul>	<p>No se desglosan en el estudio</p>
<p>Espiritualidad y Salud (Revisión Bibliográfica)</p>	<p>Dra. Carme Navas Dra. Hyxia Villegas</p> <p>Revista Ciencias de la Educación. Vol. 1 . N 27, Valencia, Enero-Junio 2006, p. 29-45</p>	<p>Evidenciar la importancia de la espiritualidad en la búsqueda y mantenimiento de la salud</p>	<p>“La espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza, ya que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar negativa o positivamente su salud. La religiosidad y la Espiritualidad, como estrategias de afrontamiento parecen estar asociadas a una mejor salud mental y una rápida adaptación al estrés, particularmente, al estrés prolongado. La espiritualidad favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, lo que se asocia a un menor riesgo de enfermedades y a una actitud diferente cuando se pierde la salud, por ello se justifica su uso en programas de apoyo psicosocial dirigidos al tratamiento de enfermedades” (p.40).</p>

<p>“La actividad física y la alimentación claves para una sana vida”</p>	<p>E.V.A.S (Estilos de Vida Activos y Saludables) 2007</p>	<p>Orientar en forma sencilla a la familia y en especialmente al adolescente en el uso de los alimentos en forma saludable para obtener un apropiado crecimiento y desarrollo y prever problemas de salud en edad adulta. Integrar la actividad física en la vida cotidiana promovida a todas las edades y condiciones sociales, en todos los ámbitos de la vida (hogar, escuela, servicios de salud, sitios de trabajo y comunitarios).</p>	<p>La actividad física trae consigo beneficios a nivel biológico(baja el riesgo de enf. del corazón, disminuyen los niveles de grasa en la sangre, aumenta la flexibilidad y coordinación ), psicológico (aumenta bienestar y autoestima, disminuye la depresión y dependencia, baja el estrés) y ambiental (disminuye conflictos personales y grupales, aumenta desempeño académico, puntualidad y responsabilidad)</p>
<p>“Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas”</p>	<p>Revista Panamericana de Salud Pública Print ISSN 1020-4989 Enrique Jacoby; Fiona Bull; Andrea Neiman. Rev Panam Salud Publica vol.14 no.4 Washington Oct. 2003</p>	<p>Explorar la magnitud del sedentarismo en Brasil , Chile, México y Perú.</p>	<p>La actividad física moderada pero regular puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la claridad mental.</p> <p>Más de dos terceras partes de la población no practican los niveles recomendados de actividad física que hacen falta para devengar beneficios de salud. Esta alta prevalencia del sedentarismo, con sus riesgos sanitarios, son especialmente alarmantes a la luz de los extensos y acelerados cambios del estilo de vida en zonas urbanas que fomentan la comodidad y el mínimo esfuerzo en todos los ámbitos de la vida: el trabajo, las tareas domésticas, el transporte y los pasatiempos.</p>

<p>Proyecto curricular para trabajar Salud y Estilos de Vida. Manual “Saber vivir (Estilos de Vida y Salud)”.</p>	<p>Joaquim Cabra, Isidro María, María de la Cruz Molina, Xavier Sarasibar, Assumpción Savall (Barcelona, 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asociar salud a la mejora de calidad de vida y no a la ausencia de enfermedad.</li> <li>-Conocer diversidad de estilos de vida y su relación con la salud.</li> <li>-Analizar el papel de los medios de comunicación en la configuración de la imagen y los estilos de vida.</li> <li>-Analizar estilos de vida, observando conductas de riesgo y factores relacionados con la salud.</li> <li>-Asumir con responsabilidad las decisiones personales respecto a las conductas que afectan la propia salud.</li> </ul>	<p>No se desglosan en el estudio.</p>
<p>Percepción de la población costarricense sobre la Salud y los Estilos de Vida</p>	<p>IDESPO OP’S 40 (setiembre, 2005) Irma Sandoval Vilma Pernudi Norman Solórzano Guisilla Segura Ana Lucia Bustos</p>	<p>Conocer la opinión de la ciudadanía en torno a su estado de salud y las prácticas personales y sociales que pueden estar incidiendo en éste. Determinar actitudes y prácticas saludables en que incurre la población costarricense.</p>	<p>Un 70% de la población entrevista considera que la población costarricense tiene poco estilo de vida saludable.</p>
<p>Percepciones de la Población costarricense sobre estilos de vida y los servicios de salud.</p>	<p>IDESPO (agosto 2004) OPS’48 Irma Sandoval Vilma Pernudi Norman Solórzano Guisilla Segura Ana Lucia Bustos</p>	<p>Acercarse a las percepciones sobre las actitudes y las prácticas del costarricense sobre lo que consideran estilos de vida saludable y también en qué medidas las capacidades instaladas en el país para brindar atención en salud logran en la percepción ciudadana contribuir a mejorar la calidad de vida.</p>	<p>Para el 32% de la población entrevistada un estado de vida saludable está relacionado con el bienestar físico, espiritual y mental de una persona, mientras que el 25% y 13% está relacionado con carencia de enfermedades, dolencias y con el bienestar social y económico.</p> <p>Un 82% de los entrevistados percibe que la vida de los ticos es poco saludable.</p>

<p>Formulación de un Modelo teórico de la Calidad de la Vida desde la Psicología.</p>	<p>Universidad Psicológica Pontificia Universidad Javeriana (enero-junio, vol 3 número 001, p. 89-98)</p>	<p>Dar un aporte teórico al estudio de la calidad de vida durante el ciclo vital, haciendo énfasis en la adultez mayor. Buscar, indagar las dimensiones psicológicas de la calidad de vida. Formular un modelo que propone una integración dinámica de las dimensiones, especialmente psicológicas que inciden en la calidad de vida.</p>	<p>No se desglosan en el estudio.</p>
<p>Estilos y calidad de Vida</p>	<p>Revista Digital- Buenos Aires- Año 10- N 90, Noviembre (2005). Autores: José Ramón Gómez Puerto, Ma. Isabel Jurado Rubio, Bernardo Hernán, Viana Montaner, Marzo Edir Da Silva, Antonio Hernández</p>	<p>Desarrollar temas relacionados con Estilos de Vida, Calidad de Vida, Socialización, Educación para la Salud, Promoción de la Salud, Actividad física</p>	<p>La búsqueda de la salud y el bienestar es una responsabilidad tanto del individuo como de la sociedad general. La promoción de la salud es un ámbito de intervención multisectorial, requiriendo una conceptualización de la salud amplia y holista. La educación de la promoción de la salud tiene relevancia en la infancia y en adolescencia. La promoción de los estilos debe realizarse a partir de programas adaptados a las características de la población objetivo.</p>

Estilos de Vida Activos y Saludables (EVAS)	Iniciativa Apoyada y financiada por la Coca Cola	Orientar en forma sencilla a la familia y en especial al adolescente en el uso de los alimentos en forma saludable para obtener un apropiado crecimiento y desarrollo y prever problemas de salud en edad adulta. Contribuir en el conocimiento para seleccionar adecuadamente los alimentos y el tipo de actividad física que debe realizarse para desarrollar estilos de vida activos y saludables.	No se desglosan en el estudio.
El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida	Rev. Esp. Salud Publica v.71 n.4 Madrid Jul./Ago. 1997. Francisco Soto Mas, Jesús A. Lacoste Marín, Richard L. Papenfuss y Aida Gutiérrez León	Examinar el papel del Modelo de Creencias de Salud (MCS) como herramienta educativa en intervenciones preventivas contra el VIH/SIDA y defender la utilización de teorías cognitivo-sociales en educación de salud.	No se desglosan en el estudio.
Aspectos psicológicos de la Obesidad	Posgrado en Obesidad a distancia Universidad Favaloro (2005)  Autores: Silvetri Eliana, Stavile Alberto Eduardo	Analizar y enfatizar el rol de los aspectos psicológicos en la obesidad y su tratamiento, sin minimizar los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan	Ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso. Existen alteraciones psicológicas que vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras. La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que los profesionales tratantes deben proveer de apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente.

<p>Beneficios de la Actividad física y riesgos del sedentarismo</p>	<p>Universidad de Pamplona. España (2003)          Autores:          José Javier Varo Cenarruzabeita, J          Alfredo Martínez Hernández y Miguel          Angel Martínez Gonzalez</p>	<p>Analizar las consecuencias del estilo de vida sedentario.          Asociar la actividad física con, la obesidad, con el riesgo de la diabetes, con el riesgo cardiovascular con la osteoporosis, con las enfermedades mentales, con el riesgo del cáncer.</p>	<p>La práctica regular de actividad física supone un importante beneficio para la salud.          La prevalencia de vida sedentaria es alta por lo que es importante impulsar intervenciones dirigidas a su promoción.          Estudios epidemiológicos muestran beneficios de su práctica y riesgo en los estilos de vida sedentarios.</p>
<p>Relación entre sobre peso-obesidad y actividad física – sedentarismo y preferencias deportivas de niños de 9 años de la ciudad de Gualeguay</p>	<p>Autores: Profesor Lucio Fabián Bur</p>	<p>Realizar un estudio para conocer los porcentajes de sobrepeso y obesidad en la localidad y además conocer informes educativos y en materia de salud con el propósito de elaborar programas que tengan que ver con contrarrestar los resultados negativos.</p>	<p>Existen otras variables por considerar en las tendencias a la vida sedentaria en niños y adolescentes, como las horas dedicadas a ver T.V, PC, internet, la educación física inadecuada en escuelas y colegios.          La obesidad en niños es predictora de la obesidad en adultos.</p>
<p>La obesidad y la Actividad física como determinantes de Estilos de Vida en la Población estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia</p>	<p>Autores: Patricia Calixto Morales (2006)</p>	<p>Evaluar los comportamientos y prácticas en la población estudiantil de la Facultad de Ciencias de la Salud, según su estilo de vida cotidiano, relacionado con la obesidad y la actividad física, con base en los modelos de Etapas de Cambio de Prochascka y Di Clemente, para su clasificación.</p>	<p>Dicha población ha establecido el hábito de fumar como una de las salidas accesibles para el manejo del estrés, esparcimiento y pasatiempo.          El 68% de la población estudiada, tiene todo el deseo de cambiar y establecer mejores actividades que aportan a un estilo saludable, del cual surge la inquietud de establecer un programa de actividad física en los próximos 6 meses.</p>

<p>Estilo de Vida, Práctica de Actividad física y Deportiva, Calidad de Vida</p>	<p>Autores: Maurice Pieron y Liege Bélgica (s.f.).</p>	<p>Mostrar cómo la participación regular en actividad física es asociada con un número grande de beneficios psicológicos físicos y fisiológicos.</p>	<p>Numerosos estudios sobre los estilos de vida se sitúan en la perspectiva de las relaciones entre salud y las actividades físicas o su opuesto, el sedentarismo. El nivel de actividad física no conlleva mucho optimismo, particularmente en los adolescentes.</p>
<p>El sentido de vida en estudiantes de primer semestre de la Universidad de la Salle Bajío</p>	<p>Revisa Centro de Investigación Universidad la Salle Bajío (mayo 2004) Autores: Laura Magaña V., María Alicia Zavalabm, Isaac Ibarra T., María Teresa Gómez M., María Mercedes Gómez M.</p>	<p>Valorar el “sentido de Vida” de estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad e la Salle Bajío. Explorar las relaciones de los resultados obtenidos con variables personales y familiares</p>	<p>El 55% de los estudiantes muestran una definición adecuada del sentido de vida, el 33.3% no está definido y el 11.2% muestra falta de sentido. La carencia de sentido puede considerarse como posible indicador de desastre emocional.</p>
<p>Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios</p>	<p>Universidad de Oviedo(1999) Autores: Julio Rodríguez S., Esteban Agulló.</p>	<p>Estudiar y analizar las prácticas culturales de ocio y tiempo libre de un colectivo poblacional específico: los estudiantes de la Universidad de Oviedo.</p>	<p>No se desglosan en el estudio.</p>
<p>La importancia del Deporte Salud</p>	<p>Autores: José Antonio Prieto Sanorit y Paloma Nistal Hernández España (2003).</p>	<p>Es un recorrido sobre estudios enfocados a la actividad física en adolescentes.</p>	<p>El estilo de vida físicamente activo asocia generalmente a costumbres más saludables y a una menor incidencia de tabaquismo y otros hábitos tóxicos. Las investigaciones realizadas en estos 3 años demuestran la necesidad del ejercicio físico en todas las edades.</p>

**Anexo N° 2 Consentimiento informado**

Universidad Nacional  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Psicología

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como parte de su proceso de formación, la estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional, \_\_\_\_\_, carné \_\_\_\_\_, requiere realizar en el marco del curso Seminario de Graduación, una experiencia práctica que consiste en un pequeño proceso de indagación psicosocial individual para valorar aspectos relacionados con la configuración de los estilos de vida.

Para lo cual le solicitamos favor firmar el presente documento otorgando su consentimiento.

En el marco de esta práctica la estudiante está autorizada a entrevistar a su hijo y a ustedes y/o a personas que le sean cercanas en caso de ser necesario; así como aplicar instrumentos de evaluación que, junto con el docente, considere necesarios; por lo que su trabajo no incluye intervenciones a nivel de psicoterapia individual ni grupal.

Usted puede esperar de esta experiencia una devolución del análisis realizado sobre la información suministrada por ustedes, en conjunto con la de otros casos participantes, una vez que haya sido concluido el seminario (duración: 3 ciclos o lo que es lo mismo año y medio) y se cuente con el documento oficialmente autorizado para ser defendido públicamente.

Como posibles efectos positivos de su participación en esta experiencia están: generar en ustedes una reflexión desde su propia realidad respecto a su estilo de vida.

La estudiante se compromete a: Trabajar regida por el respeto a las y los participantes y bajo los principios de privacidad y confidencialidad (lo que incluye el uso de identidades ficticias en la presentación de los resultados), no abandonar la experiencia sin haber realizado un cierre adecuado, no intervenir más allá de aquello para lo que está instrumentada, recurrir al profesor supervisor cuando el caso lo amerite, hacer una devolución a los y las participantes de su trabajo.

Por participar de esta práctica no tendrán ningún prejuicio ni sufrirán ningún daño, aunque el tiempo para aplicar los instrumentos pueden interrumpir sus actividades diarias.

Ni ustedes ni su familia recibirán remuneración por participar de esta práctica.

Usted puede decidir en cualquier momento interrumpir su participación en esta práctica sin que ello signifique perjuicio alguno para ustedes o su hijo.

La información recopilada es confidencial y solo podrá ser utilizada para efectos de discusión dentro del seminario y de presentación de resultados el día de la defensa pública bajo las condiciones ya mencionadas antes.

Esta práctica estará supervisada por la profesora Teresita Campos Vargas

Válido de enero del 2006 hasta diciembre de 2007.

Válido únicamente con firma original del profesor/a y sello original de la Escuela de Psicología.

---

Firma estudiante

---

M.Sc. Teresita Campos Vargas  
Profesor / Supervisor

**Anexo N° 3a y 3 b Guía de entrevistas**

## **Guía de Entrevista Semi- estructurada desarrollada con los Profesionales**

Nombre:

Vocación:

¿Cuál fue la razón que la condujo a escoger su carrera?

¿Cuál piensa usted que es el impacto en la salud de los demás?

¿Cuáles son los 5 conceptos claves para definir la salud?

¿Son o no estos conceptos compartidos por la población en general?

¿Qué es un estilo de vida?

¿Cómo se llega a seguir un estilo de vida saludable?

¿Cuál piensa usted podrían ser los elementos que provocan no llevar un estilo de vida saludable?

¿Qué es lo que provoca que haya gente que decida seguir un estilo de vida saludable?

¿Cuál es el concepto de salud que maneja la población?

## **Guía de Entrevista Semi- estructurada desarrollada con los Casos**

Nombre:

Edad:

Ocupación:

¿Cómo describiría su carácter?

¿Cuál piensa usted son las características familiares?

¿Qué tipo de comunicación mantiene con la familia?

¿Cuáles son sus redes de apoyo?

¿Qué acontecimientos especiales han sucedido en su vida?

¿Cómo es un día en la cotidianidad?

¿Qué suele hacer en el tiempo libre?

¿Qué le gustaría hacer?

## **Segunda Guía de Entrevista Semi - estructurada**

Profundización en aspectos inconclusos en sesiones anteriores. Identificación de condiciones de vida (transición demográfica, motivación, familia y entorno) que marcan el estilo de vida de la persona.

**Anexo N° 4. Guía del Inventario Descriptivo sobre Sí mismo (a)**

## **Guía del Inventario Descriptivo sobre Sí mismo** (Trabajo individual asignado)

**Escriba el mayor número posible de palabras o frases que pueda para describirse en las siguientes áreas:**

1. **Aspecto físico.** Incluye las descripciones de su altura, peso, aspecto facial, calidad de la piel, pelo, tipo de indumentaria, así como descripciones de zonas corporales específicas.
2. **Cómo se relaciona con los demás.** Incluye descripciones de sus dotes y debilidades en las relaciones íntimas y en las relaciones con los amigos, la familia o colaboradores o compañeros de trabajo, así como se relaciona con extraños en diferentes marcos sociales.
3. **Personalidad.** Describa sus rasgos de personalidad positivos y negativos.
4. **Cómo le ven los demás.** Describa los dotes y debilidades que perciben su familia y amigos.
5. **Rendimiento en la escuela o trabajo.** Incluya la descripción de la forma que afronta las principales tareas en la escuela o centro de trabajo.
6. **Ejecución de las tareas cotidianas.** Pueden incluirse descripciones de áreas como higiene, salud, mantenimiento de su entorno vital, preparación de alimentos, cuidado de sus hijos y cualquier otra forma de cuidado de las necesidades personales o familiares.
7. **Funcionamiento mental.** Se incluye aquí la valoración de lo bien que razona y resuelve problemas, de su capacidad de aprender y crear, de su cultura general, sus áreas de conocimientos especiales, la formación particular, intuición, etc.
8. **Sexualidad.** Cómo se siente y percibe a sí misma como persona en el ámbito sexual.

## **Conversación Coloquial**

¿Cómo se sintió mientras que realizó el “inventario del concepto de sí mismo”?

¿Hubo alguna área en especial que le provocara algún sentimiento en particular?

A manera de recordatorio, las diferentes áreas fueron: aspecto físico, relación con los demás, personalidad, cómo le ven los demás, rendimiento en la escuela o trabajo, ejecución de tareas cotidianas, funcionamiento mental y sexualidad.

¿Qué sensaciones tuvo al hacerlo y a qué cree que se deba?

**Anexo N° 5. Ejercicio de Proyección 1. “Sobre sí mismo y la Salud”**

## **Ejercicio de Proyección “Sobre sí mismo y la Salud”**

¿Dónde está la mujer de la fotografía?

¿Qué está haciendo?

¿Le gusta lo que está haciendo?

¿Cómo se siente?

¿Qué hizo antes de dirigirse a ese sitio?

¿Qué comió antes de ese momento?

¿Qué va a hacer después de ese lugar, hacia donde se dirige?

¿Cómo hizo para llegar a ese lugar?

¿Dónde en realidad le gustaría estar?

¿Le cambiaría algo?

¿Le agregaría algo?

¿Haría algo más después de la cena?

¿Qué tipo de vida lleva?

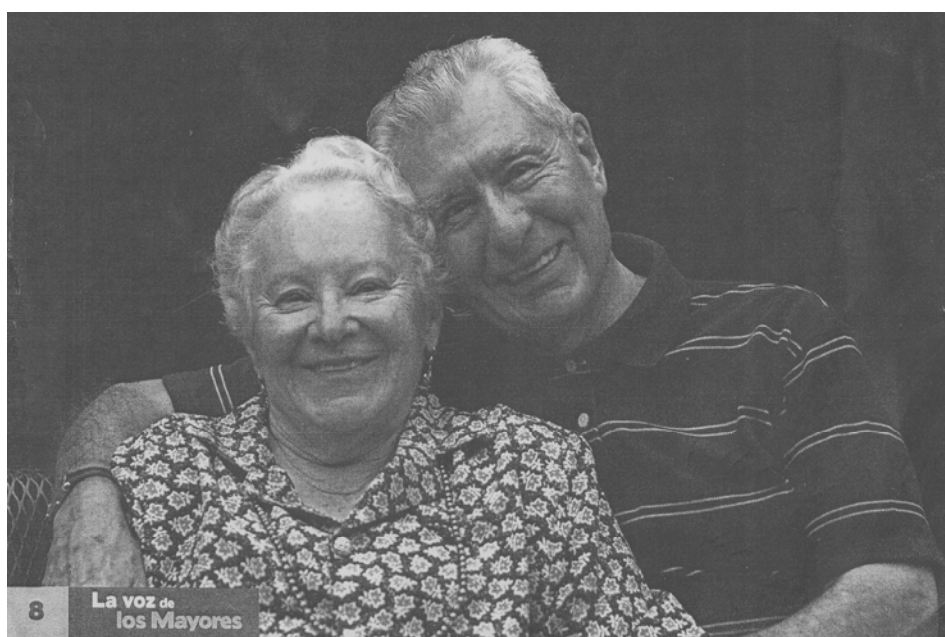
## Imagen de Proyección de Caso “A”



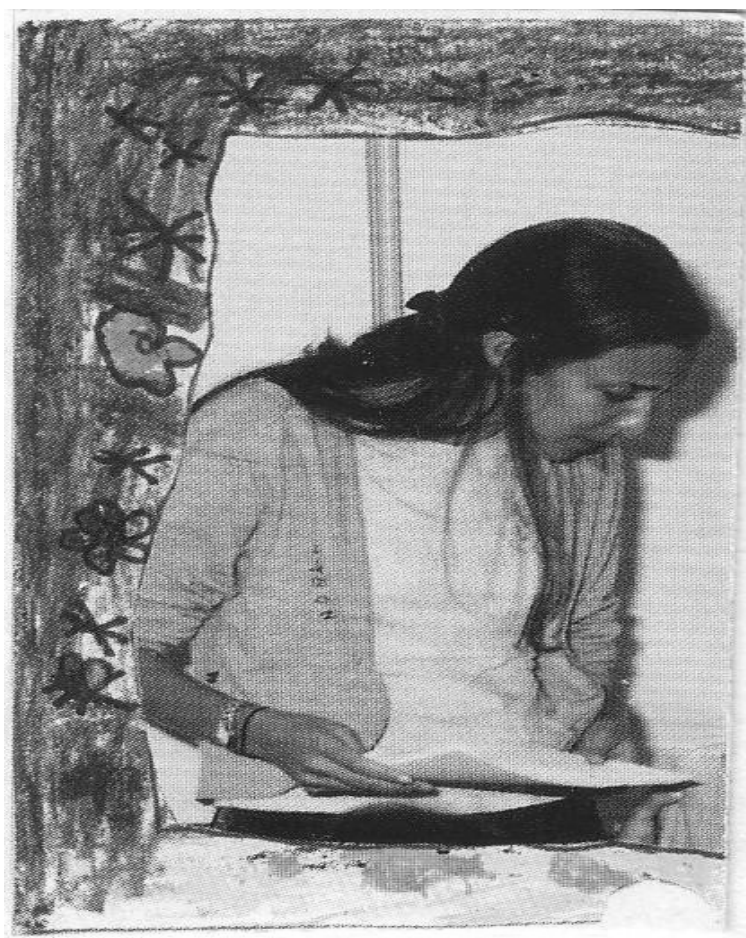
## Imagen de Proyección de Caso “B”



## Imagen de Proyección Caso "C"



## Imagen de Proyección Caso "D"



## Imagen de Proyección Caso “E”



**Anexo N° 6. Ejercicio de Proyección 2. Sobre prácticas de Salud y Sistemas  
relacionales**

## **Ejercicios de Proyección sobre prácticas de Salud y Sistemas relacionales.**

Hábleme de los mensajes publicitarios que eligió para comentar.

¿Cuál piensa usted que sería el resultado si se sigue con las recomendaciones que en estos anuncios se dan?

¿Cómo califica ese tipo de recomendaciones? (necesarias, creadas, subjetivas, innecesarias, superficiales, posibles sólo para algunos, entre otros).

¿Qué piensa al respecto?

¿Piensa usted que la sociedad coincide con su opinión?

¿Cómo piensa usted que la gente recibe esta serie de anuncios?

## **Anexo N° 7. Actividad de Cierre**

## **Actividad de Cierre**

Del proceso que hemos seguido, qué aspectos de lo que conversamos le provocaron una reflexión sobre sí misma.

¿Qué aprendizaje podríamos rescatar?

**Anexo N° 8. Puntos Mculares de los casos según las técnicas e instrumentos utilizados en cada Sesión**

**Puntos medulares del caso “A” según las técnicas e instrumentos utilizados en cada sesión**

Técnicas e Instrumentos utilizados				
Entrevista semiestructurada (primera sesión)	Guía descriptiva sobre sí mismo (a) (primera sesión)	Ejercicio de proyección “sobre sí mismo (a) y la salud” (tercera sesión)	Segunda Entrevista semiestructurada (cuarta sesión)	Ejercicio de proyección “sobre prácticas en salud y sistemas motivacionales ” (quinta sesión)
<p><u>Cotidianidad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Labores hogareñas (de su casa y la de su padre)</li> <li>▪ Ir a dar la comunión</li> <li>▪ Asistir a reuniones de la Iglesia.</li> <li>▪ Ir al quiropráctico 1 vez a la semana con la tía.</li> </ul> <p><u>Acontecimientos significativos en la vida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muerte de la madre.</li> <li>▪ Momento en el que se pensionó después de 27 años y 8 meses de trabajo.</li> </ul> <p><u>Redes de apoyo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La familia.</li> <li>▪ La Iglesia (grupos a los que asiste)</li> </ul>	<p><u>Aspectos en los que profundiza en su descripción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dice ser extrovertida, confiable, amigable y cariñosa.</li> <li>▪ La llena ayudar a quien lo necesita.</li> <li>▪ Trata de ser amable y comprensiva y que en las relaciones exista la sinceridad, no le gusta la mentira.</li> </ul> <p><u>Segunda sesión</u></p> <p><u>Principales comentarios que hace respecto a cómo se sintió al llenar la guía:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dice haberse sentido calificada.</li> <li>▪ Menciona que en ocasiones uno mismo se califica bien ciertas cosas que los demás no ven o al contrario.</li> </ul>	<p><u>Aspectos que destaca de la Imagen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ella piensa que la mujer de la imagen es una persona muy vacía, muy triste y que le falta mucho amor.</li> <li>▪ Cree que tienen muchos fans, cosas materiales pero no tienen a Dios.</li> <li>▪ Cree que personas como la de la imagen hasta que no conozcan a Dios no serán felices.</li> </ul> <p><u>Aspectos con los que relaciona salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dormir bien</li> <li>▪ Buscar a Dios</li> <li>▪ Tener buenas relaciones interpersonales.</li> </ul>	<p><u>Gustos:</u> Ir a caminar, hacer aeróbicos, salir a tomar café, ir a un Mall, ir a Orotina.</p> <p><u>Toma de decisiones:</u> es una persona que dice lo que piensa y siente y actúa conforme a ello.</p> <p><u>Momentos difíciles:</u> la enfermedad de cualquier miembro de la familia. Estos momentos los enfrenta meditando, con paciencia, consultando con la familia y pidiéndole a Dios de su ayuda. Los enfrenta con la mayor tranquilidad posible porque cree que quien tiene a Dios todo lo supera.</p> <p><u>Metas:</u> Cumplir a cabalidad las metas de la institución. Habla sobre las metas que tenía cuando estaba trabajando, nada personal después de la pensión.</p>	<p><u>Conocimientos:</u> considera que muchas enfermedades vienen del sistema nervioso. Cree importante aprender a decir “no”. Piensa que se gasta más plata curando que previniendo.</p> <p><u>Prácticas que coinciden con los conocimientos :</u> va al doctor a hacerse la mamografía y el papanicolao. Piensa en decir no, antes de comprometerse en cosas que le puedan causar estrés.</p> <p><u>Influencia de la información que recibe, sobre sus prácticas</u></p> <p>Ella considera importante invertir más en prevención, por lo que en su vida diaria procura hacer cosas que le permitan prevenir enfermedades en ella y en su familia (ir al doctor, comer saludablemente, hacer ejercicio).</p> <p><u>Puntos de divergencia:</u> dice que es importante para una buena salud no sentirse tan estresado, sin embargo ella menciona que “que todos los días tiene cosas que hacer” y por tanto tiene que acomodarse con una agenda. Al respecto menciona: “uno decide estar metido en muchas actividades o no...uno decide estresarse o no”</p>
<p>Observaciones: A pesar de que considera que para mantener una buena salud no solo hay que comer “saludablemente”, tener a Dios presente, tener buenas relaciones interpersonales, y hacer ejercicio, en muchas ocasiones ha dejado de lado hacer ejercicio físico, dado a que sus múltiples ocupaciones no se lo permiten, por lo que existe una discordancia entre lo que piensa y lo que hace.</p>				

**Puntos medulares del caso “B” según las técnicas e instrumentos utilizados en cada sesión**

<b>Técnicas e Instrumentos utilizados</b>				
<b>Entrevista semiestructurada (primera sesión)</b>	<b>Guía descriptiva sobre sí mismo (a) (primera sesión)</b>	<b>Ejercicio de proyección “sobre sí mismo (a) y la salud” (tercera sesión)</b>	<b>Segunda Entrevista semiestructurada (cuarta sesión)</b>	<b>Entrevista semiestructurada padres</b>
<p>Cotidianidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se alista para ir a la escuela</li> <li>▪ Va a la escuela de 7:00 a 12:30</li> <li>▪ Almuerza en la casa junto con su papá</li> <li>▪ Ve televisión</li> <li>▪ Hace las tareas y estudia</li> <li>▪ Juega Play Station</li> <li>▪ Cena a las seis con su mamá y papá</li> <li>▪ Ve televisión</li> <li>▪ A las 10:00 se acuesta</li> </ul> <p>Acontecimientos significativos en la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuando se enfermo la abuela de cáncer</li> </ul> <p><u>Redes de apoyo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familia</li> </ul>	<p><u>Aspectos en los que profundiza en su descripción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsable</li> <li>▪ Chineado</li> <li>▪ Hablo mucho</li> <li>▪ Me rio mucho</li> </ul>	<p>Aspectos que destaca de la Imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un chiquito de 10 años.</li> <li>▪ Esta jugando afuera de la casa, puede ser en un play grande.</li> <li>▪ Esta jugando solo de carreras.</li> <li>▪ Esta feliz porque esta afuera y puede correr mucho y jugar de todo.</li> <li>▪ Los amigos de el están en las casas porque viven largo y juegan solo en la escuela.</li> <li>▪ Los papas están en la casa de ellos. Pero llegan dentro de un rato para vigilarlo porque a veces puede ser peligro de que este muy solo ahí.</li> </ul> <p>Aspectos con los que relaciona salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estar bien</li> <li>▪ Estar feliz</li> <li>▪ Que no le duela nada</li> <li>▪ Estar fuerte</li> </ul>	<p>Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cuando uno no esta enfermo. Se siente bien y esta feliz. Mi mamá dice que cuando uno esta fuerte es porque no esta enfermo. Es cuando no me duele nada.</li> </ul> <p><u>Enfermedad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es cuando uno esta enfermo y se siente mal, le duele a uno algo, la panza o resfriado o cuando le da a uno calentura y tienen que darle pastillas o inyectarlo, que feo! Y cuando uno esta enfermo lo llevan donde el doctor para que me vean y me diga que tengo y que pastillas tengo que tomar.</li> </ul> <p><u>Prácticas que realiza para mantener la salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que hay que no mojarse o quitarse la ropa cuando uno esta muy sudado porque se resfría. Y lavarse las manos muy bien. Ah y comer muy bien, muchas frutas. Ah y se me olvido, mi mamá me lleva a mi y a D al seguro una vez a que nos vea el doctor y nos saquen sangre, es feísimo eso, pero dice que uno tiene que hacerlo, y también ahí nos vacunan.</li> </ul> <p>Aspectos con los que relaciona salud: <i>creencias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estar físicamente bien es sinónimo de salud</li> <li>▪ Con ir al doctor una vez al año y con una alimentación balanceada es garantía de mantener buena salud.</li> </ul>	<p>Concepto de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Madre: es sentirse uno bien, estar bien físicamente y mentalmente es como un equilibrio entre todo eso. Y enfermedad es como tener un desequilibrio en todos esos aspectos.</li> <li>▪ Padre: es la ausencia de enfermedad. Tener el organismo en buen estado. Y enfermedad es tener algún problema en alguna parte del organismo, alguna dolencia que le impida desarrollar las actividades cotidianas.</li> </ul> <p><u>Prácticas que realizan.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chequeo médico una vez al año</li> <li>▪ Dieta Balanceada</li> </ul> <p><u>Creencias con respecto a la salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Madre: para tener una buena salud es muy importante comer bien, muchas frutas y tratar de no comer comida rápida. Además visitar al doctor por lo menos una vez al año, hacerse un chequeo general y puede ser también que hacer algún tipo de deporte o actividad.</li> <li>▪ Padre: Yo me acuerdo mi mamá es una de las que cree que comer bastante es estar saludable, y que sobre todo es muy importante comer comida de la casa que es la que alimenta no de esas comidas de afuera.</li> </ul> <p><u>Puntos de divergencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aunque se dice que es importante realizar actividad física para mantener la salud, ésta es una practica que no han incorporado en su cotidianidad.</li> </ul>

**Puntos medulares del caso “C” según las técnicas e instrumentos utilizados en cada sesión**

<b>Técnicas e Instrumentos utilizados</b>				
<b>Entrevista semiestructurada (primera sesión)</b>	<b>Guía descriptiva sobre sí mismo (a) (primera sesión)</b>	<b>Ejercicio de proyección “sobre sí mismo (a) y la salud” (tercera sesión)</b>	<b>Segunda Entrevista semiestructurada (cuarta sesión)</b>	<b>Ejercicio de proyección “sobre prácticas en salud y sistemas motivacionales ” (quinta sesión)</b>
<p>Cotidianidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar actividades domésticas y actividades físicas.</li> <li>▪ Asistencia al gimnasio y a la Legión de María.</li> </ul> <p>Acontecimientos significativos en la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transición demográfica (del “campo” a la zona urbana).</li> <li>▪ Casada y cumplir la ilusión de haber tenido hijos.</li> </ul> <p><u>Redes de apoyo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ *Dios, miembros del núcleo familiar, amigas de la Legión de maría y el grupo de actividades recreativas.</li> </ul>	<p><u>Aspectos en los que profundiza en su descripción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Religión como fuente de superación</li> <li>▪ Dios como inspiración para “luchar y salir adelante”</li> <li>▪ **Sentir timidez: producto de no preparación académica.</li> </ul> <p>Segunda sesión</p> <p>Principales comentarios que hace respecto a cómo se sintió al llenar la guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “ No había experimentado una descripción de sí misma”</li> <li>▪ Importante agradecerle a Dios por la vida y sentirse bien consigo misma.</li> </ul>	<p>Aspectos que destaca de la Imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persona que trabaja en los “quehaceres del hogar”, recibe apoyo familiar, de amigos y dedicada a la familia.</li> <li>▪ Tiene actitud de lucha, se muestra feliz y conforme en la vida.</li> </ul> <p>Aspectos con los que relaciona salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unión familiar.</li> <li>▪ Recreación con la familia.</li> <li>▪ Asistencia al gimnasio, realizar actividades físicas.</li> <li>▪ Relación con Dios.</li> <li>▪ Cuido de la dieta.</li> </ul>	<p>Gustos:</p> <p>Participar de actividades culturales, recreativas y grupos sociales.</p> <p><u>Toma de decisiones:</u> grado de autonomía/dependencia Asistencia frecuente a las actividades sociales / Ayuda económica de sus hijos.</p> <p><u>Momentos difíciles:</u> cómo los vive/ temores Sentimientos de tristeza dolor / divorcio de sus hijos o infelicidad.</p> <p><u>Metas:</u> Percepción de que las metas ya son alcanzadas. Sin embargo, espera mantener su salud (realizar actividades recreativas).</p>	<p>Conocimientos:</p> <p>Cuidar la dieta. Asistir al médico. Participar de actividades sociales, comunitarias, religiosas. Unión familiar.</p> <p><u>Prácticas que coinciden con los conocimientos</u> Actividades físicas, recreación, cuidar la dieta, evitar nadar después de comer, cumplir con el consumo de medicamentos, evitar estresarse.</p> <p><u>Influencia de la información que recibe, sobre sus prácticas</u> ***Internalización de creencias familiares, sociales sobre prácticas protectoras en la salud.</p> <p><u>Puntos de divergencia:</u> Posterga su realización personal en la juventud, para cumplir con las demandas familiares.</p>
<p>Observaciones:</p> <p>*La participante rescata una relación cercana con Dios, resalta en cada instrumento “primero Dios”. Muestra una actitud optimista y se complace por las “luchas” que ha realizado para su familia.</p> <p>**Durante su participación busca la aprobación de saber si respondía correctamente utilizando la palabra (“verdad”)</p> <p>***Prácticas realizadas: Beber el medicamento, necesario recrearse, cuidar la dieta (comer frutas, carne), evitar nadar después de comer.</p>				

**Puntos medulares del caso “D” según las técnicas e instrumentos utilizados en cada sesión**

<b>Técnicas e Instrumentos utilizados</b>				
<b>Entrevista semiestructurada (primera sesión)</b>	<b>Guía descriptiva sobre sí mismo (a) (primera sesión)</b>	<b>Ejercicio de proyección “sobre sí mismo (a) y la salud” (tercera sesión)</b>	<b>Segunda Entrevista semiestructurada (cuarta sesión)</b>	<b>Ejercicio de proyección “sobre prácticas en salud y sistemas motivacionales (quinta sesión)</b>
<p>Cotidianidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L-K-M llevar y recoger al hijo a las diferentes actividades. J y V oficios domésticos. S dedicado a las actividades de la iglesia, dentro u fuera de ésta. D estar pendiente de las actividades del hijo.</li> </ul> <p>Acontecimientos significativos en la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vivir en zona rural cerca de Panamá</li> <li>▪ Transición del contexto rural al urbano</li> <li>▪ Divorcio de los padres</li> <li>▪ Divorcio de su primer esposo</li> <li>▪ Segundo matrimonio</li> <li>▪ Contexto en el que vive actualmente</li> </ul> <p><u>Redes de apoyo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hermanas de “sangre”</li> <li>▪ Mamá</li> <li>▪ Esposo</li> <li>▪ Ciertos miembros de la iglesia.</li> </ul>	<p><u>Aspectos en los que profundiza en su descripción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El no ser voluptuosa</li> <li>▪ La escucha</li> <li>▪ Le importa y preocupa lo que piensen los demás</li> <li>▪ El ser responsable y cumplir con sus deberes</li> <li>▪ El ser organizada y ordenada</li> <li>▪ El ser vegetariana</li> <li>▪ La lectura y las manualidades</li> </ul> <p>Segunda sesión</p> <p>Principales comentarios que hace respecto a cómo se sintió al llenar la guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le provocó pensar y meditar en cómo la ven las otras personas</li> <li>▪ No saber como valorar su propio rendimiento</li> <li>▪ El sentirse incompetente a la hora de hacerlo, por tanto tiende a valorarse menos o sobre valorarse</li> <li>▪ Piensa que eso es algo que tienen que hacer los demás y no ella misma.</li> </ul>	<p>Aspectos que destaca de la Imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lo tranquila, concentrada e inmersa que parece mientras que realiza el trabajo</li> <li>▪ El parecerle “comeloncita”</li> <li>▪ El parecerle tranquila y hogareña por el estilo como se ve</li> <li>▪ El no verse como que le guste mucho estar en la calle o ir a una fiesta con los vecinos</li> <li>▪ El parecerle que es una persona realizada, por tanto no le cambiaría nada</li> <li>▪ El no verse “gordita”</li> <li>▪ El verse cuidadosa y no “alocadilla”, bastante ordenada y organizada</li> </ul> <p>Aspectos con los que relaciona salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El gustarle lo que está haciendo</li> <li>▪ El parecerle que come una comida fuerte y abundante</li> <li>▪ El sentirse realizada</li> <li>▪ El no verse “gordita”.</li> </ul>	<p>Gustos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le gustaría contar más con su esposo, sobre todo en situaciones difíciles</li> <li>▪ Caminar en días soleados</li> </ul> <p><u>Toma de decisiones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primero aplica su parecer y si no funciona, da cabida a los de la mamá y hermanas entre otros</li> </ul> <p><u>Momentos difíciles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perder el control sobre ciertas situaciones</li> <li>▪ Que alguno de los hijos de repente tuviera cáncer</li> <li>▪ Tener que enfrentar un juicio, que aunque cuente con apoyo, le toca a ella</li> </ul> <p>Aspectos con los que relaciona salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentirse feliz , en paz y tranquila</li> <li>▪ Tomar tes de hiervas naturales, limón con miel de abeja y ajo (remedios caseros)</li> <li>▪ No caminar descalza</li> <li>▪ Que la dejen ser</li> <li>▪ Comer muchas frutas y vegetales (alimentos “naturales” y saludables)</li> <li>▪ Ser vegetariana.</li> </ul>	<p>Conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los expertos recomiendan 5 comidas al día.</li> <li>▪ La salud está relacionada con el ejercicio.</li> <li>▪ El estilo de vida de ahora conduce al sedentarismo.</li> <li>▪ Los anuncios publicitarios tienen gran influencia en la gente, sobre todo en la alimentación.</li> <li>▪ Existen intereses creados y encontrados entre la CCSS y las empresas de comida “chatarra”</li> </ul> <p><u>Prácticas que coinciden con los conocimientos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingiere alimentos sanos: frutas, verduras, legumbres, granos, entre otros</li> </ul> <p><u>Influencia de la información que recibe, sobre sus prácticas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existen problemas de salud ocasionados por la obesidad, por no llevar una buena alimentación</li> </ul> <p><u>Puntos de divergencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingiere 2 comidas “abundantes” al día:”</li> <li>▪ Ha dejado el ejercicio de lado.</li> </ul>
<p>Observaciones: La información que recibe de la iglesia tiene gran influencia sobre sus prácticas; no así la de los medios de comunicación</p> <p>Creencias: Generalmente cuando se tiene un hábito cuesta mucho romperlo. <u>Metas:</u> Llegar a ser una viejita saludable.</p>				

**Puntos medulares del caso “E” según las técnicas e instrumentos utilizados en cada sesión**

Técnicas e Instrumentos utilizados				
Entrevista semiestructurada (primera sesión)	Guía descriptiva sobre sí mismo (a) (primera sesión)	Ejercicio de proyección “sobre sí mismo (a) y la salud” (tercera sesión)	Segunda Entrevista semiestructurada (cuarta sesión)	Ejercicio de proyección “sobre prácticas en salud y sistemas motivacionales ” (quinta sesión)
<p>Cotidianidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Labores y Proyectos de trabajo</li> <li>▪ Practicar Deporte</li> <li>▪ Estar solo en la casa</li> <li>▪ Viajar.</li> </ul> <p>Acontecimientos significativos en la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abandono del padre</li> <li>▪ Problemas económicos (El percibe como pobreza y necesidades)</li> <li>▪ Salida de la casa para vivir solo</li> <li>▪ Oportunidad de un trabajo que eleva su estatus económico social</li> </ul> <p><u>Redes de apoyo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escasas Redes de apoyo</li> <li>▪ La pareja</li> </ul>	<p><u>Aspectos en los que profundiza en su descripción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Me gusta la soledad</li> <li>▪ Soy implacable</li> <li>▪ Le molesta la gente tonta</li> <li>▪ Me gusta hacer las cosas bien, con cariño</li> <li>▪ Soy desordenado</li> <li>▪ Me siento bien con lo que vivo todos los días, por hacerlo no me incomoda, es casi como halar un archivo, no me siento a inventarlo, se que está ahí y me gusta</li> <li>▪ Perfeccionista</li> <li>▪ Independiente</li> </ul> <p>Segunda sesión</p> <p>Principales comentarios que hace respecto a cómo se sintió al llenar la guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fue un ejercicio diferente, profundo, me pareció muy bueno para conocerme y saber que hay características que a mí me parecen buenas y a la gente le pueden resultar malas, como ser perfeccionista.</li> </ul>	<p>Aspectos que destaca de la Imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lo veo muy seguro, le gusta vestirse bien.</li> <li>▪ Le gustan las cosas finas.</li> <li>▪ Practica deporte y le gusta verse bien.</li> <li>▪ Tienen un buen trabajo</li> <li>▪ Lo veo tranquilo, y vive lo suyo.</li> </ul> <p>Aspectos con los que relaciona salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dormir bien</li> <li>▪ Comer Bien</li> <li>▪ Hacer las cosas con cariño y disfrutando y hacerlas bien.</li> <li>▪ Es el equilibrio en todo, sobretodo alimentación y actividades, ejercicio, amar lo que uno hace y perdonar.</li> <li>▪ Ser independiente y autosuficiente</li> </ul>	<p>Gustos: no tiene un alto interés por crear círculos de amigos, con sus compañeros de trabajo se lleva bien pero no le interesa crear lazos de amistad y con su familia no se ven mucho, Correr, jugar tenis, estar solo, comer bien.</p> <p><u>Toma de decisiones:</u> Búsqueda de total independencia</p> <p><u>Momentos difíciles:</u> Abandono del padre, lo vive enfrentándolo como algo natural y se hace cargo de sus hermanos, adquiere rol de hijo parentalizado.</p> <p><u>Metas: Casarse, tener hijos, vivir bien económicamente, que nadie le moleste, ayudar.</u></p>	<p>Conocimientos: muchas personas viven pendientes de su entorno, Hay algunas actitudes que pueden ser nocivas, como todos los vicios, los excesos, la falta de paz interior, la pérdida de la perspectiva (que es lo realmente importante).</p> <p><u>Prácticas que coinciden con los conocimientos</u> ...me gusta practicar deporte, correr, practicar atletismo, y hacerlo por competir, Me gusta andar sólo porque si algo creo que tiene bueno ser adulto es que tienes el poder de decidir sobre tu vida y que hacer con ella es una sensación muy agradable la independencia hasta en estas cosas.</p> <p><u>Influencia de la información que recibe, sobre sus prácticas</u> Autoconocimiento, Independencia, Firmeza, perfección.</p> <p><u>Puntos de divergencia:</u> dice no importarle su entorno sin embargo también dice que le molestan los quejumbroso e inactivos. Lo poco que promueve la sociedad que la gente sea un agente de cambio. De la vida las injusticias, eso es lo más desagradable que tiene el estar vivo sobre el planeta.</p>
Observaciones:				

