

Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven

RESUMEN

Este trabajo fue realizado en la localidad cuarta de Bogotá, con un grupo de 100 mujeres entre 20 y 40 años de edad, en los años 2004-2005, con el propósito de analizar su estilo de vida y procesos de salud.

Se trata de un estudio de intervención cuasi-experimental, con mediciones antes y después de un año. Se realizaron entrevistas estructuradas y se aplicó el instrumento de valoración del estilo de vida antes y después de participar en un plan de promoción de la salud con enfoque sanológico. La estrategia de intervención surtió efecto para mejorar la salud y el estilo de vida del grupo de mujeres participantes.

PALABRAS CLAVE

Salud, mujer, promoción de la salud, estilo de vida, condiciones de vida, salud de la mujer. (Fuente: DeCS)

Lifestyle and Health among Young Adult Women

ABSTRACT

The study was carried out in the San Cristobal district of Bogotá (Borough No. 4) during 2004-2005, with a group of 100 women between 20 and 40 years of age, to analyze their lifestyle and health processes.

It is a quasi-experimental intervention study with measurements taken before and after one year. Structured interviews were conducted and the lifestyle evaluation instrument was applied before and after participation in a health-promotion plan with a sanological approach. The strategy for intervention had an effect in terms of improving the health and lifestyle of the group of participating women.

KEY WORDS

Health, women, promoting health, lifestyle, living conditions, woman's health.

1 Enfermera. Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Perinatal. Coordinadora Grupo Académico Materno Perinatal. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Campus Universitario Universidad Nacional. Torre de Enfermería Oficina 708. Bogotá. Colombia. mppardot@unal.edu.co

2 Psicólogo. Doctor en Ciencias de la salud. Magíster en Filosofía. Especialista en Psicología de la Salud. Especialista en Estadística. Profesor Escuela de Psicología. Coordinador Proyección Social. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. Avenida Pastrana Borrero - Carrera 1 Neiva, Huila. Colombia. ninugo@usco.edu.co

Recibido: 7 de abril de 2008
Aceptado: 23 de septiembre de 2008

Estilo de vida e saúde na mulher adulta joven

RESUMO

Este trabalho foi levado ao cabo em 2004-2005 em um grupo de 100 mulheres de 20 a 40 anos de idade na localidade quarta de Bogotá para analisar seus estilos de vida e os processos de saúde.

É um estudo de intervenção quase experimental. As medições foram feitas antes e depois de um ano. Foram feitas pesquisas estruturadas e foi aplicado o instrumento de valoração do estilo de vida antes e depois de participar em um plano de promoção da saúde com um enfoque *sanológico*. A estratégia de intervenção teve êxito em melhorar a saúde e o estilo de vida das mulheres que participaram no grupo.

PALAVRAS-CHAVE

Salud, mujer, promoción de la salud, estilo de vida, condiciones de vida, salud de la mujer.

*Si deseas alcanzar el mayor nivel de salud sé feliz
Si deseas ser feliz cuida tu salud.*

Introducción

La mujer en Colombia se enfrenta a cambios importantes en su estilo de vida producidos por factores sociales, culturales, ambientales y económicos que afectan su estado de salud; transformaciones no siempre positivas, por ejemplo, la adopción de conductas de riesgo relacionadas con adicciones, alteración de hábitos alimentarios, modificación en los patrones de la actividad sexual, victimización por violencia, y cambios en la dinámica familiar causados por desplazamientos forzados o migraciones en busca de mejores condiciones de vida.

El estilo de vida, al igual que lo biológico, lo ambiental y los servicios de salud son elementos básicos del campo de salud (1). Por estilo de vida se entiende “la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características individuales” (2); un estilo de vida saludable implica conductas y hábitos que influyen de manera positiva en la salud de la persona. Parra focaliza la necesidad de estudiar esta categoría desde la visión de género (3).

Aldereguía (4) consideró que el impacto del estilo de vida sobre el mejoramiento de la salud poblacional depende, en un quinto de factores genéticos, otro quinto del estado del medioambiente, y sólo un décimo de la atención médica, situación que desde hace más de dos décadas cuestiona la necesidad de cambiar los abordajes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, motivándonos a la búsqueda de estrategias que aporten resultados en el mejoramiento y la adopción de estilos de vida sanos por parte de la población.

Los estudios sobre estilo de vida han utilizado el enfoque epidemiológico de riesgo, y han estado encaminados a demostrar la relación entre el comportamiento individual y grupal con la aparición de enfermedades tales como cáncer y hábito de fumar (5); cardiopatías y ejercicio físico (6, 7); hábitos alimenticios (8); tabaquismo (9) y cardiopatía; lesiones autoinfligidas (10); osteoporosis y hábitos alimenticios (11); conducta sexual de riesgo en VIH/SIDA (12); estrés y enfermedad mental (13); abuso de sustancias y muerte violenta (14). La evidencia indica que el estilo de vida se asocia con mayor frecuencia a riesgo de enfermedad, dejando de lado su aporte a la salud.

Para lograr un aporte a la salud con un enfoque integral se consideran las siguientes dimensiones del estilo de vida: nutrición, práctica de actividad física, liberación de estrés, eliminación de hábitos como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, agresividad, ingesta excesiva de alcohol o de sustancias psicoactivas, prácticas de higiene personal adecuada, salud sexual e higiene de la función del sueño (15, 16).

Por otra parte, teniendo en cuenta que la mujer adulta joven atraviesa por una etapa de su ciclo vital que le imprime exigencias en la salud que tienen que ver con las dimensiones planteadas en el estilo de vida, entre otras una nutrición que responda a sus expectativas de mantener la figura, reducir el peso con comidas sencillas y rápidas que

Por estilo de vida se entiende “la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características individuales”.

le faciliten dar respuesta a sus diferentes tareas, la práctica de una actividad física regular incentivada por el deseo de mantenerse esbelta, pero a la vez con dificultades en disponibilidad de tiempo porque, además de los conflictos económicos, su necesidad de autonomía e independencia la enfrentan al reto de sumar a sus roles de madre y ama de casa el rol de trabajadora, elemento que afecta de manera indirecta su salud mental y física por la sobrecarga que se genera.

De esta manera, la relación entre estilo de vida y salud de la mujer adulta joven parte de su reconocimiento como elemento determinante y sujeto activo del desarrollo de la sociedad debido a su papel en el cumplimiento de la gestión en salud de la familia y la comunidad (17, 18); dentro de este contexto a la enfermería, como profesión del área de la salud con larga tradición de trabajo en la comunidad (19), e interesada en el desarrollo de la promoción de la salud con estrategias novedosas y estructuradas que garanticen impacto en la población (20), le urge adentrarse en la construcción y puesta en práctica de una estrategia metodológica para el abordaje de la promoción de salud de la mujer, centrada en la comprensión y el estudio de la salud de las personas en una realidad, desde una visión de salud cuyo acento sea la modificación del estilo de vida con una mirada integral.

Como respuesta a la necesidad planteada, se desarrolló una estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico, sustentada en la corriente higiénico-humanista de la sanología que busca superar el énfasis biomédico de abordaje de la promoción de la salud imperante en el modelo sanitario en Colombia, que conceptualiza a la salud de la mujer adulta

joven desde la orientación biomédica con énfasis en la prevención y el tratamiento de la enfermedad relacionada con la salud sexual y reproductiva, esta última especialmente en su acepción biológica.

El enfoque sanológico, cuya orientación rectora es el desarrollo de la salud de los sanos (21), posibilita concebir la salud de la mujer adulta joven como un evento complejo, más allá del modelo clásico sanitario, y entrar a considerar los aspectos objetivos y subjetivos de su vida social, la cultura, la felicidad y la posibilidad del control de su propia existencia en busca del bienestar.

La sanología compromete espacios de reflexión y acción sobre la base de dos pilares: uno teórico-crítico de redimensionamiento del ser humano, y otro como práctica liberadora de la medicalización enajenante en el proceso de salud; tiene una orientación conceptual en el humanismo, parte de un concepto holístico que interpreta la salud sin dicotomía con la enfermedad, desde la dinámica de la vida, los valores que el hombre construye en su cotidianidad y las prácticas socioculturales que le dan sentido. Desarrolla su práctica en una dinámica que reconoce la interacción compleja entre los múltiples determinantes de salud, lo biológico, el estilo de vida, las relaciones con el ambiente y los servicios de salud en un modelo social, económico y cultural, con una perspectiva de la salud que corresponde a un ámbito comunitario.

En sanología “el diálogo y la negociación” acompañan el proceso de manera continua con los elementos éticos implícitos en la relación del personal de salud y la persona involucrada, donde la persona es el centro y su participación es activa

La relación entre estilo de vida y salud de la mujer adulta joven parte de su reconocimiento como elemento determinante y sujeto activo del desarrollo de la sociedad debido a su papel en el cumplimiento de la gestión en salud de la familia y la comunidad.

*La sanología
compromete espacios
de reflexión y acción
sobre la base de
dos pilares: uno
teórico-crítico de
redimensionamiento
del ser humano, y
otro como práctica
liberadora de la
medicalización
enajenante en el
proceso de salud.*

durante todo el proceso, y el profesional de salud es un facilitador y un agente de cambio. Los momentos que integran la estrategia sanológica son:

Momento de autoevaluaciones en el que la persona o grupo reflexionan sobre el concepto de salud y su percepción, el estilo de vida, los hábitos higiénicos sanitarios y el proyecto de vida.

Momento de examen físico rescatado de la clínica clásica que permite establecer de forma paulatina alguna de las características de los niveles de salud, que vayan más allá de la interpretación dicotómica de lo normal y lo patológico.

Momento de presunción de la salud, que se refiere a la reflexión sobre el nivel de salud alcanzado que rompe con la oposición dicotómica de sano o enfermo, considerando a la salud como el estado natural del ser humano con diferentes expresiones.

Momento de establecimiento de la ruta de salud, a la que se llega después de un proceso de negociación entre el facilitador y la persona, y se refiere a la construcción del mejor camino hacia el cambio en salud. Se definen las áreas sobre las cuales se plantea actuar, se priorizan, se trazan los objetivos, las actividades y las formas de control de cada una de ellas. Esta ruta puede comprender estrategias de trabajo individual o grupal.

Con elementos teóricos orientadores de Sigerist (22); OMS (23, 24), Mark Lalonde (1), Edgar Morin (25), donde confluye un amplio sentido de la salud, esta investigación parte de que la salud de la mujer adulta joven es la capacidad y el compromiso de ésta para desarrollar su potencial

personal con el propósito de adaptarse y responder de forma positiva y feliz a los retos de género a partir de sus recursos físicos, psicológicos, culturales y sociales (26), y se plantea el interrogante: ¿podría una estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico modificar el estilo de vida para fortalecer la salud de un grupo de mujeres adultas jóvenes de un área social y económicamente deprimida?

Para dar respuesta a esta pregunta se implementa una estrategia de promoción de la salud dirigida a un grupo de mujeres adultas jóvenes de la localidad de San Cristóbal de Bogotá, con el propósito de aportar a las ciencias de la salud y su práctica en Colombia una alternativa multidisciplinaria de intervención en promoción de la salud de la mujer adulta joven, enfocada a la salud como aspecto poco acentuado del proceso salud-enfermedad.

El objetivo es modificar el estilo de vida de un grupo de mujeres adultas jóvenes de un área social y económicamente deprimida para fortalecer los procesos de salud.

Material y métodos

Muestra

Grupo de cien mujeres adultas jóvenes de la Localidad Cuarta (San Cristóbal) del Distrito Capital de Bogotá afiliadas al sistema de seguridad social integral, que recibían servicios de salud en el Hospital Empresa Social del Estado San Cristóbal, en las UPAS La Victoria y Bello Horizonte. Se trabajó con la totalidad de mujeres que aceptaron vincularse después de un proceso de convocatoria, que obedece a los principios de voluntariedad y sustentabilidad de la estrategia de promoción de

la salud implementada (26). Los criterios de inclusión fueron: edad entre 20 y 40 años, voluntariedad en la participación, alfabetas, y compromiso de participar activamente en el programa durante un año. Criterios de exclusión: analfabetas y con enfermedad mental.

Tipo de investigación

Se realizó un estudio de intervención de tipo cuasi-experimental, con mediciones antes-después de la aplicación de una estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico dirigida a modificar el estilo de vida como aspecto importante en el fortalecimiento de la salud.

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el comité de ética del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de La Habana y el Comité Científico del Hospital San Cristóbal de Bogotá. Así mismo, los autores tuvieron en consideración respetar los principios éticos de la investigación con seres humanos: el respeto por la autonomía y la privacidad de los participantes, y la búsqueda del bien y la justicia, contenidos en las pautas éticas internacionales para investigación y experimentación biomédica en seres humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002.

Procedimientos

Se realizó una valoración del estilo de vida de la mujer adulta joven a través de una entrevista estructurada durante la consulta sanológica (26), utilizando el instrumento de valoración “Cómo es mi estilo de vida”.

Posterior a la primera evaluación, cada una de las mujeres participó durante un año en una estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico; a través de intercambios en escenarios individuales y grupales se trabajó en el fortalecimiento de los elementos sanógenos del estilo de vida, y la modificación de aquellos factores adversos a la salud, mediante una ruta de salud trazada en conjunto facilitador (en este caso enfermera) y mujer, tomando como punto de partida los hallazgos en la valoración del estilo de vida. Una vez terminado el año de participación se valoró nuevamente el estilo de vida con el objetivo de identificar las modificaciones establecidas.

Instrumentos

Se utilizó el instrumento “Cómo es mi estilo de vida” creado por la sociedad de cáncer de Canadá (1986), modificado y utilizado por el Seminario de Salud Periódico de Trabajadores de Cuba en 1989, que posteriormente ha sido utilizado por Amable y Aldereguía (27) dentro del proyecto de sanología del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos (CESBH) de la Universidad de La Habana, en la línea de investigación de promoción de la salud a nivel transcultural. El instrumento fue traducido, adaptado y evaluado psicométricamente en países como Colombia, Cuba, México y Venezuela, en población general, familias, adulto mayor, escolares, estudiantes universitarios y mujeres médicas de consultorios de familia, lo que ha permitido determinar su validez y confiabilidad transcultural. Al instrumento original se le hicieron modificaciones mínimas, con el propósito de que los enunciados de la pregunta se ajustaran al género y el español colombiano, con el fin de personalizar el interrogatorio, y además se colocó

Se trabajó con la totalidad de mujeres que aceptaron vincularse después de un proceso de convocatoria, que obedece a los principios de voluntariedad y sustentabilidad de la estrategia de promoción de la salud implementada.

a cada una de las dimensiones una figura alusiva para mejorar la apariencia facial del instrumento.

La versión modificada del instrumento fue sometida a Criterio de Expertos. Para efectos de esta investigación se consideró experto al profesional del área de la salud con experiencia de investigación y trabajo en el área de cinco años o más, profe-

sionales dedicados a la promoción de la salud y específicamente en la aplicación de la estrategia sanológica en Cuba y en Colombia. Para la valoración del instrumento se diseñó un cuestionario a fin de que fuese diligenciado por cada uno de los expertos (10 en total, 5 expertos en Cuba y 5 en Colombia), en términos de pertinencia y relevancia de cada ítem, además de las observaciones sugeridas.

Cuadro. Expertos evaluadores de la estrategia de intervención en promoción de la salud para la mujer adulta joven

Institución	Expertos	Categoría científica
CUBA Policlínico Municipio 10 de Octubre	5	Un especialista de pediatría y magíster. Tres especialistas en MGI y magíster. Una psicóloga y magíster.
COLOMBIA Universidad Surcolombiana Universidad Nacional de Colombia	5	Una enfermera magíster y candidata a doctor. Un médico cirujano y magíster, candidato a doctor. Una enfermera magíster en gerencia en servicios de salud y candidata a doctor. Una enfermera especialista en enfermería perinatal y magíster. Una enfermera especialista en enfermería perinatal y magíster.

Se realizó una valoración del estilo de vida de la mujer adulta joven a través de una entrevista estructurada durante la consulta sanológica, utilizando el instrumento de valoración "Cómo es mi estilo de vida".

Los aportes sugeridos por los expertos fueron tenidos en cuenta, y el instrumento resultante fue sometido a prueba piloto a un total de 20 mujeres de la UPA San Blas, con similares características de las mujeres que conformaron el estudio.

Los resultados de la prueba piloto revelaron que es un instrumento sencillo y de fácil comprensión por parte de las mujeres, cuya aplicación toma entre 5 y 10 minutos, mide lo que se quiere medir en cada una de las dimensiones en la misma escala, las preguntas son claras; en aquellas preguntas que inician con la sílaba "No" las mujeres demoraron un poco más

en su diligenciamiento. En conclusión, las dimensiones de alcohol y orden no permitieron cumplir con el requerimiento de intervalo en las respuestas ya que en su mayoría las mujeres dieron la misma respuesta.

La dimensión relacionada con el uso de alcohol mostró una frecuencia de respuesta hacia el no consumo del 100% de las mujeres, sin embargo, la presencia de un sólo caso es significativa estadísticamente para los efectos del estudio, y el hecho de eliminarla del instrumento afectaría el constructo del mismo, por tanto, no fue eliminada para su aplicación.

El instrumento contiene diez dimensiones del estilo de vida, a saber: familiares y amigos, actividad física, nutrición, toxicidad, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad, imagen interior, carrera y orden. Cada una de estas dimensiones contiene entre dos y tres preguntas con un diseño gráfico que las identifica y cada pregunta se califica en una escala de Likert con una puntuación que oscila entre 0 y 2. Entre mayor puntaje la dimensión es más positiva hacia la salud. Después de diligenciado el instrumento por cada una de las participantes, se procedió a totalizar cada una de las dimensiones, el resultado final correspondía al total del puntaje que se clasificó en rangos cualitativos: excelente (85-100), bueno (70-84), regular (60-69), malo (40-59) y muy malo (0-39).

Análisis estadísticos

Para explorar y comparar los datos se utilizó la gráfica de caja y bigotes que permite comparar información de varios grupos mediante los conceptos de mediana, cuartiles, valor mínimo y máximo para determinar si existieron diferencias entre los resultados obtenidos en la prueba “Cómo es mi estilo de vida” antes y después de participar en la estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico para modificar el estilo de vida (28).

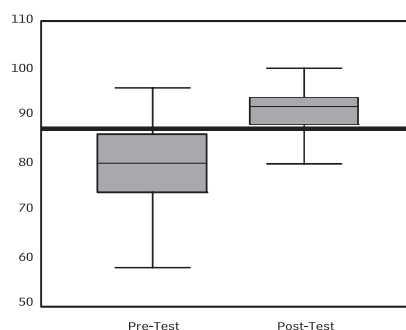
Resultados

La gráfica permite visualizar el cambio en la medición del estilo de vida entre el pretest y el postest, así, la mediana cambia de 80 a 92, es decir el 50% de la mujeres pasaron de tener un estilo de vida “Bueno” a “Excelente”; en relación con la medida mínima, pasa de 54 a 80, es decir, de la categoría “Malo” a “Bueno”; la dispersión fue menor en el postest, y la

diferencia intercuartílica se reduce en la última medición.

Gráfica

Evaluación antes-después del estilo de vida de las mujeres adultas jóvenes que participaron en la estrategia de promoción de la salud. Localidad Cuarta de Bogotá, 2000-2004



Fuente: base de datos autores, 2007.

La tabla permite visualizar el nivel de cambio en las diez dimensiones medidas con el instrumento “Cómo es mi estilo de vida”, según la escala formada por los valores de los cuartiles, la cual se dividió en cuatro categorías: cambio alto, cambio medio, cambio mínimo y sin cambio.

Tabla

Nivel de cambio en las dimensiones del instrumento “Cómo es mi estilo de vida” antes-después de la participación de las mujeres adultas jóvenes en la estrategia de promoción de la salud. Localidad cuarta de Bogotá, 2000-2004

Nivel del cambio	Dimensiones	Pretest			Postest		
		Q1	Mediana	Q3	Q1	Mediana	Q3
Cambio alto	Familiares y amigos	50	67	83	83	100	
	Nutrición	67	83	100	83	100	
Cambio medio	Actividad física	67	67	83	83	83	100
	Sueño y estrés	50	75	75	75	75	100
Cambio mínimo	Tipo de personalidad	75	100		100		
	Imagen interior	83	100		100		
Sin cambio	Toxicidad	98			100		
	Alcohol	100			100		
	Orden	100			100		
	Carrera	100			100		

Fuente: base de datos autores, 2007.

La figura y la tabla serán analizadas el el siguiente apartado.

Discusión

La estrategia de promoción de salud aplicada modificó positivamente el estilo de vida de un grupo de mujeres adultas jóvenes de un área social y económicamente deprimida, y fortaleció los procesos de salud de las mismas. Este logro se asocia al enfoque metodológico utilizado —la sanología—, cuyo eje orientador es el “humanista de la salud”, propuesta que acentúa el papel activo y protagónico de la mujer, y busca disminuir la brecha de la inequidad en salud asociada al género; este enfoque presupone la existencia de un conjunto de factores personales, sociales, económicos, ambientales y culturales que determinan el estado de salud individual o colectiva, superando el modelo biomédico con énfasis en la prevención y el tratamiento de la enfermedad, en especial la relacionada con la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Las modificaciones positivas en el estilo de vida de las mujeres adultas jóvenes que participaron en la estrategia de intervención en promoción de la salud, Localidad Cuarta de Bogotá, pueden ser comprendidas por:

- Autorreflexión acerca de la percepción, concepto de salud y práctica de autocuidado, integrada a nivel biológico, emocional, económico, social y cultural.
- Creación de un nivel de presunción de salud que supera la dicotomía sano-enfermo, para construir la salud como un estado de la vida cotidiana.
- Autonomía de la mujer adulta joven para establecer su propia ruta de la

salud que contribuye a mantener su libertad y potencializar la capacidad creativa y de conducción de su proceso individual de salud.

- Facilitadora, apoya y respeta el compromiso de la mujer en procesos activos en la búsqueda de su propia salud.
- Dirección y control de las actividades que conllevó al cumplimiento de sus metas planteadas en la ruta de salud.
- Participación activa y continua en los diferentes encuentros sanológicos y talleres, y cumplimiento de las propias metas fuera del espacio de encuentro sanológico: facilitadora y mujer adulta joven.
- Estructuración del ambiente familiar, cultural y laboral por parte de la mujer adulta joven para promocionar la salud.
- Enfoque interdisciplinario de la promoción de la salud, participación de enfermera, médico, psicólogo, nutricionista, trabajador social, terapeuta, educador físico, licenciado en educación, reeducador laboral.
- Sistema de salud, Localidad Cuarta de Bogotá, que acepta nuevos modelos de intervención en promoción de la salud.

La estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico con el propósito de modificar el estilo de vida también ha sido puesta en práctica en la ciudad de La Habana (29, 30, 31) donde se obtuvieron resultados homólogos.

Al discriminar las diez dimensiones del instrumento “¿Cómo es mi estilo de vida?” se encuentra que cada una de ellas aportó

Al discriminar las diez dimensiones del instrumento “¿Cómo es mi estilo de vida?” se encuentra que cada una de ellas aportó cambios positivos en forma diferencial.

cambios positivos en forma diferencial. A continuación se analizan las dimensiones y su nivel de cambio aportado en el estilo de vida de las mujeres que participaron en la estrategia de promoción de salud con enfoque sanológico.

Cambio alto

Dimensión familiares y amigos. Los cambios se explican a partir de los logros en el desarrollo de la capacidad personal de la mujer adulta joven que conducen a tener un equilibrio con su entorno social; la participación en redes de apoyo comunitarias como parte del entorno, y el fortalecimiento de la red de apoyo familiar y la salud (32). Se reportó que básicamente los cambios se relacionan con encontrar una persona para expresar pensamientos, sentimientos y emociones significativas en la vida –en la mayoría de los casos fue la pareja–, lo que estuvo asociado en forma directa y positiva a la esfera sexual; al respecto, en el estudio de Tilden (1983-1984) citado por Muñoz (33), se observó mayor estrés y ansiedad en mujeres solteras comparadas con un grupo de mujeres con pareja.

Por otra parte, las acciones individuales y colectivas en las que participó la mujer adulta joven, tales como: talleres de autoestima, manejo de estrés, utilización del tiempo libre, encuentro sanológico, facilitaron el logro de los cambios en la dimensión familiares y amigos.

Los logros positivos de esta dimensión se orientaron en tres niveles: individual, familiares y amigos. En el primero se fortaleció la capacidad de la mujer para analizar situaciones, expresar sus necesidades, emociones y sentimientos. En el segundo nivel se enriquecieron las

oportunidades y fortalezas de tener una familia, se incentivaron las expresiones de afecto y el diálogo con la pareja, y se trabajó en la distribución equitativa de la responsabilidad en el cuidado y la educación de los hijos. Referente a los amigos se trabajó la comunicación y el ejercicio de la tolerancia. Es de acotar que estos niveles fueron construidos por la misma mujer según su percepción y necesidad en salud, y se evidenció el mayor impacto en la salud del grupo de mujeres participantes en los casos en que el apoyo social era percibido (34, 35).

Dimensión nutrición. Los cambios se expresaron en la adopción de prácticas de ingesta de alimentos de los tres grupos de nutrientes, además del control del exceso de consumo de sal, azúcar y grasa animal. Las mujeres percibieron los cambios en el índice de masa corporal, lo cual fue reportado durante las entrevistas como una forma de superar la obesidad y la enfermedad (36, 37, 38, 39). La nutrición es una de las áreas consideradas críticas en la salud de la mujer por la especificidad de género, dado que los cambios hormonales influyen en la distribución de la grasa corporal, y la función reproductiva en la mujer origina un incremento en las necesidades de algunos nutrientes con relación al hombre, entre ellos, el hierro y el calcio.

El logro del cambio de las prácticas nutricionales se propició con un proceso que inició con la sensibilización de las mujeres participantes frente a la necesidad de modificar hábitos, como parte de la responsabilidad para mantenerse sanas. Durante los encuentros individuales y colectivos se enfatizó la asesoría en hábitos nutricionales y consumo de una dieta balanceada, con ingesta de alimentos ricos en fibra, hierro y calcio, y se facilitó ade-

Se reportó que básicamente los cambios se relacionan con encontrar una persona para expresar pensamientos, sentimientos y emociones significativas en la vida –en la mayoría de los casos fue la pareja–, lo que estuvo asociado en forma directa y positiva a la esfera sexual.

La actividad física regular (caminar rápido y subir escaleras), contribuye a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de soledad, lo que es particularmente importante para las mujeres.

más la adquisición de recetas alimentarias fáciles de preparar y accesibles económicamente.

Aquellas mujeres que así lo requerían fueron remitidas a la consulta de nutrición con verificación permanente de la adopción de las prescripciones hechas por la nutricionista en cada encuentro facilitadora-mujer.

La motivación para mantener la adherencia a las recomendaciones del equipo de salud en relación con la nutrición se puede resumir en: el apoyo familiar, la autopercepción de salud en oposición a la enfermedad, es decir, ser obeso significa estar próximo a enfermar, y la influencia de los medios masivos de comunicación que proyectan un imaginario social en el que bajo peso es igual a belleza.

Cambio medio

Dimensión actividad física. Los cambios se asocian a la comprensión de la mujer adulta joven de las ganancias en salud; una actividad física regular se expresa en el mantenimiento del tono, la potencia y la flexibilidad muscular, la cual fortalece la capacidad física, mejora las funciones corporales y proporcionalidad de la figura corporal (40).

Al inicio de la estrategia se tomaron las medidas básicas corporales y se calculó el índice de masa corporal, para que las mismas mujeres determinaran las metas de cambio a lo largo de la estrategia sanológica de promoción de la salud. En acompañamiento con la terapeuta ocupacional se conformó un grupo de mujeres con necesidad específica de actividad física con las que se realizó un taller; igualmente, durante los encuentros individuales y co-

lectivos se invitó a las mujeres a que en compañía de sus vecinas conformaran colectivos de actividad física regular, y que hicieran uso de los recursos comunitarios, tales como parque, paseos ecológicos y piscina. La actividad física regular (caminar rápido y subir escaleras), contribuye a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión (41) y el sentimiento de soledad, lo que es particularmente importante para las mujeres (42, 43). La actividad física ayuda también a desarrollar la autoestima y la confianza, y promueve el bienestar psicológico, la integración social (39), y coadyuva en el manejo de la obesidad (44, 45, 46).

La presión social de juventud y belleza apoyó este programa, en la medida que algunas mujeres conceptualizaron que estos elementos son parte de la salud (47), además en Colombia, como en otros países, se observa el aumento significativo de la cirugía con fines estéticos, pero no valorada en términos de salud.

Muchas mujeres jóvenes después de la maternidad priorizan actividades en su rol de género diferentes al cuidado físico, lo cual afecta su autoimagen y capacidad de logro.

Dimensión sueño y estrés. Los cambios presentados en el grupo de mujeres participantes en esta dimensión están relacionados con las modificaciones en los hábitos de sueño; así mismo, ellas manifestaron al final de la estrategia poderse relajar y disfrutar del tiempo libre. Sin embargo, uno de los elementos contenidos en esta dimensión que fue el relativo a enfrentar su cotidianidad no presentó cambios significativos después de culminada la intervención, elemento que puede estar asociado a las adversidades por pertenecer a un

grupo económicamente vulnerable, en el que la mujer se enfrenta a la necesidad de aportar para el sustento de su familia sin tener vinculación laboral o, en otros casos, estar desempeñando un oficio sin vinculación formal, en muchas ocasiones mal remunerado y sin garantías laborales.

Los logros en el área del sueño se relacionan con el concepto de higiene del sueño, mediante la creación de rutinas diarias para lograr que la mujer construyera un ciclo que estuviera de acuerdo con su ritmo circadiano. La medicina del sueño considera que el tiempo ideal para mantener el bienestar físico y mental de cada mujer es personal, cerca de 7 a 8 horas por día. Ellas reportaron que al crear estas rutinas se sentían descansadas, con energía para afrontar la vida cotidiana y sensación de bienestar. Los trabajos de Buela Casal (48) reportaron la asociación entre horas de sueño y depresión, ansiedad, abuso de sustancias y cáncer, además Aya y cols. (49) encontraron asociación entre patrón de sueño corto y el riesgo de padecer diabetes y cardiopatías.

Por otra parte, la somnolencia, el insomnio y la apnea durante el sueño están asociados al estrés, la ansiedad y la depresión, afectan negativamente la salud, y ponen en riesgo vital a la mujer (50).

El estrés como elemento que dificulta el bienestar emocional se asoció en el grupo de mujeres con una relación de pareja conflictiva, el trabajo doméstico o el trabajo fuera de casa, la relación con sus hijos u otros miembros de la familia, problemas económicos y presiones sociales.

En conjunto con la terapeuta ocupacional se planeó y ejecutó un taller de manejo de estrés y utilización del tiempo

libre, en el que las mujeres que tenían dificultades a ese nivel participaron activamente en el fortalecimiento de los propios recursos y el desarrollo de habilidades y destrezas manuales para mejor utilización del tiempo libre.

Cambio mínimos

Dimensión tipo de personalidad. Al terminar el programa el grupo de mujeres manifestó un autocontrol de la molestia y la irritabilidad, pero continuó sintiendo urgencia de tiempo, posiblemente asociado a la vida cotidiana que las enfrenta a actividades como el uso del transporte público, el trabajo, las filas para realizar tareas como pagos, compras, y la necesidad de cumplir con horarios laborales o educativos, elementos que concuerdan con los hallazgos de Rosseti (51).

Para lograr el cambio en la dimensión tipo de personalidad se trabajó con las mujeres la práctica de valores como la tolerancia y el respeto por el otro con ayuda de las redes de apoyo familiar. Con respecto a este punto, durante los encuentros individuales se promovió la manifestación de sentimientos y la autorreflexión frente a las dificultades en la convivencia e identificación de las circunstancias o los hechos que tienen que ver con las relaciones sociales en la comunidad, y que afectan la percepción de la salud, con el fin de que la mujer encontrara alternativas de solución frente a las mismas (52). Este grupo de mujeres manejan altos niveles de hostilidad producto de la vida cotidiana en la medida que se sienten con altos grados de frustración, que no siempre se maneja adecuadamente, lo cual lleva a conflicto con el grupo primario.

Las principales tensiones con el grupo primario aparecen en las mujeres que

La medicina del sueño considera que el tiempo ideal para mantener el bienestar físico y mental de cada mujer es personal, cerca de 7 a 8 horas por día.

*El Banco Mundial
reporta la relación
entre consumo de
alcohol, género y
medioambiente
social, con resultados
desalentadores para el
hombre, que tiene más
probabilidad de beber
y menos posibilidad
de abstenerse en
respuesta a la presión
social.*

desempeñan múltiples roles y responsabilidades frente a la familia, educación y trabajo, lo mismo que aquellas mujeres que tienen mucho tiempo libre, y se expresa en conflictos con la comunidad por causa de sucesos poco significativos.

Las características de este trabajo no permiten esperar cambio en la estructura de personalidad, sólo modificaciones en la estrategia de afrontar el mundo cotidiano con menor nivel de agresividad y mayor tolerancia, aunque se evidencia para el grupo de trabajo la relación ira, angustia, urgencia de tiempo con enfermedad cardiovascular (53, 54).

Dimensión imagen interior. Los cambios en esta área están asociados con la comprensión de sí misma como una persona optimista; en los relatos al final de la experiencia las mujeres comentaron que empezaron a sentirse con mayor control sobre sus vidas; capaces de manejar la tensión y las sensaciones desagradables como la tristeza y la depresión; el cambio cualitativo en muchas de ellas fue notorio con respecto al porte y la imagen corporal que proyectaban, mientras que al inicio su actitud era de mantenerse con la mirada oculta, mostraban desarreglo en su imagen corporal y tendencia a utilizar colores oscuros en su vestuario, después de asistir a los primeros encuentros, tanto individuales como de grupo, se notó cambio hacia una actitud desinhibida y mejora en el arreglo personal.

Para el logro del cambio en esta dimensión del estilo de vida el trabajo conjunto mujer-facilitadora, tanto en los encuentros individuales como en los talleres, se orientó a: propiciar la identificación y conciencia de fortalezas, cualidades, habilidades y logros experimentados

en su vida personal, con la familia, amigos y demás redes de apoyo; facilitar la autorreflexión, reconocimiento y aceptación de la imagen corporal; reconocimiento de la individualidad y unicidad como ser humano; descubrimiento de la creatividad, iniciativa, capacidad y talentos para realizar y alcanzar el proyecto de vida, y la motivación para el establecimiento de metas concretas y claras a corto, mediano y largo plazo.

Al respecto, los trabajos de intervención en esta área con mujeres adolescentes han demostrado resultados positivos en el incremento de los niveles de autoestima (55). Por otra parte, se ha investigado en la búsqueda de la asociación de la variable autoestima y la aparición de trastornos en la conducta alimentaria (56), y el riesgo de consumo de alcohol (57).

Sin cambios

Dimensión alcohol y toxicidad. Como aspecto positivo para el grupo de mujeres se resalta que desde el inicio de la estrategia estas dos dimensiones fueron referidas como factores sanógenos en el colectivo de participantes. Ellas en su totalidad no consumían alcohol, y si lo hacían era solo en ocasiones especiales y en escasa cantidad, conducta que se mantiene desde la infancia hasta la adultez, además niegan antecedentes familiares de consumo de alcohol; al respecto, el Banco Mundial (58) reporta la relación entre consumo de alcohol, género y medioambiente social, con resultados desalentadores para el hombre, que tiene más probabilidad de beber y menos posibilidad de abstenerse en respuesta a la presión social (59, 60).

Otra característica para resaltar en el grupo de participantes fue la escasa

proporción de mujeres que fumaban, y la conciencia que en ellas existía del no uso de prácticas como la automedicación y el consumo exagerado de café, té o bebidas con cafeína, tal vez este conocimiento sea propiciado por el énfasis de la educación impartida por los organismos de salud sobre los efectos dañinos para el ser humano del uso de este tipo de sustancias.

De todas formas, debido a que el consumo de alcohol, el cigarrillo y otras sustancias no beneficiosas, traen consecuencias en la salud de la mujer (61, 62, 63, 64, 65) es importante mantener estas dimensiones en la valoración del estilo de vida para seguir creando conciencia respecto a lo dañino de estas prácticas y de esta manera desanimar su uso (66, 67).

Dimensiones de carrera y orden. Las dimensiones carrera y orden del estilo de vida no mostraron cambios cuantitativos en los resultados de la intervención. Desde el inicio de la misma la dimensión orden se resaltaba como un factor sanógeno, en la medida que hace parte de la vida de este grupo de mujeres, conducta aprendida en la casa materna que constituye una fortaleza para mejorar su vida personal y familiar.

Al analizar por separado los elementos que contenía la dimensión carrera, se observó que al inicio de la estrategia una parte del grupo de mujeres no tenía total satisfacción con sus roles, insatisfacción relacionada con la percepción que se tiene frente a la subvaloración y el no reconocimiento social de la tarea de ama de casa, y la falta de apoyo social porque en muchas ocasiones la pareja no colabora en las tareas del hogar (68).

En la época actual muchas mujeres de estrato socioeconómico bajo tienen una doble jornada laboral constituida por un trabajo de tipo informal y mal remunerado, que junto con el rol de ama de casa representan una sobrecarga física y emocional, que además de poner en riesgo su salud (69, 70) las enfrenta a un conflicto que no les permite determinar claramente la satisfacción en este espacio.

Por el contrario, las mujeres que trabajaban fuera del hogar en labores de tipo formal, en su mayor parte refirieron satisfacción en los roles, éstas percibían beneficios no solo económicos sino psicológicos que redundaban en su desarrollo personal y profesional.

La modificación del estilo de vida de un grupo de mujeres adultas jóvenes de un área social y económicamente deprimida para fortalecer los procesos de salud fue posible por un cambio alto en las dimensiones familiares y amigos, y nutrición; cambio medio en las dimensiones actividad física, y sueño y estrés, y cambio mínimo en las dimensiones tipo de personalidad e imagen interior, logro que se favoreció por la inclusión de una estrategia de promoción de la salud para la mujer adulta joven con enfoque sanológico que se basa en el humanismo como eje orientador que acentúa el papel protagónico de la mujer en la búsqueda y el desarrollo de su propia salud.

Conclusiones

La sanología es una estrategia metodológica para implementar programas de promoción de la salud basados en el reconocimiento de la capacidad de la persona

para crear estilo de vida, y modificar el ambiente en busca de una ruta de salud propia, enmarcada en la felicidad personal y colectiva.

La propuesta de una estrategia de promoción de salud orientada desde el estilo de vida y salud en la mujer adulta joven tiene un enfoque poblacional, basado en los determinantes de salud y gestión social del riesgo, razón por la cual es un aporte al plan nacional de salud pública 2007-2010 de Colombia.

La salud de la mujer adulta joven debe ser estudiada desde una perspectiva de género que parta de la capacidad activa, responsabilidad social y creativa de la mujer en su propia vida.

Agradecimientos

Para nosotros participar de las actividades científico-humanista del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana ha sido de enorme valor, en especial la orientación y las enseñanzas de la doctora Ruth Daisy Henriques Rodríguez y el doctor Jorge Aldereguía Henriques.

Agradecemos los aportes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.

Resaltamos el apoyo científico de la doctora Zoraida Amable Ambros y el aporte de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Bogotá, localidad San Cristóbal.

REFERENCIA

- 1 Lalonde M. New perspective on the health of Canadians a working document. Ontario; Minister of Supply and Services; 1981. Government of Canada, Minister of National Health and Welfare. 77 p. [Citado 02/05/04]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf
- 2 Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud. En: OPS, OMS. Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica; 557. Washington, D.C.: OPS; 1996: 383-403.
- 3 Mayo PI. La categoría estilo de vida y su importancia para la psicología de la salud. [Citado 01/02/06]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/lacateg/lacateg.shtml>.
- 4 Aldereguía H. J. La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública jul-dic 1995 [Citado 02/03/02]; 21 (2): 10-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000200005&lng=es&nrm=iso.
- 5 Ballen MA, Jagua GA, Álvarez DL et ál. El cigarrillo: implicaciones para la salud. Rev Fac Med Unal [online]. jul. 2006 [Citado 16/02/08]; 54 (3):191-205. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000300005&lng=es&nrm=iso.
- 6 Fernando M, Arrieta CO. Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana (Estudio Caribe). Rev Col Cardiol [online]. sep. 2005 [Citado 16/02/08]; 12 (3): 122-28. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000500004&lng=es&nrm=iso.
- 7 Duperly J. Sedentarismo vs ejercicio en el síndrome metabólico. Acta Med Colomb [online]. jul./sep. 2005 [Citado 16/02/08]; 30 (3): 133-36. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000300009&lng=es&nrm=iso.
- 8 Mora PG. Dieta y enfermedad coronaria. Rev Fac Med Unal [online]. abr. 2005 [Citado 16/02/08]; 53 (2): 98-106. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000200006&lng=es&nrm=iso.
- 9 Díaz RJ, Muñoz MJ, Sierra TC. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. Rev Salud Pública [online]. ene./mar. 2007 [Citado 16/02/08]; 9 (1): 64-75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100008&lng=es&nrm=iso.
- 10 Rodríguez GM, Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. Rev colomb psiquiatr [online]. jul./sep. 2005 [Citado 16/02/08]; 34 (3): 343-354. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000300002&lng=es&nrm=iso.
- 11 Ángel L, Calvo E, Muñoz Y. Prevalencia de hipolactasia tipo adulto e intolerancia a la lactosa en adultos jóvenes. Rev Col Gastroenterol [online]. dic. 2005 [Citado 16/02/08]; 20 (4): 35-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000400005&lng=es&nrm=iso.
- 12 Posada IC, Gómez-AR. Mercado y riesgo: escenarios de transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Medellín, 1993-2006. Colomb Med, jul./sep. 2007 [Citado 12/12/07]; 38 (3): 222-236. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28338307>
- 13 Gálvez JF. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. Rev Colomb Psiquiatr [online]. ene./mar. 2005 [Citado 16/02/08]; 34 (1): 77-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100006&lng=es&nrm=iso.
- 14 Bravo P, Bravo S, Porras B et ál. Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. Colomb Med [online]. sep. 2005 [Citado 16/02/08]; 36 (3): 146-152. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000300003&lng=es&nrm=iso.
- 15 Ramírez HH. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Colomb Med 2002 [Citada 05/02/07]; 33: 3-5. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/acondicionamiento.pdf>

- 16 López M. La importancia del estilo de vida. En file:/ Su Médico de Cabecera en la Red. htm. Citado por Ramírez Hoffmann H. En: Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colomb Med* 2002; 33: 3-5.
- 17 Pezo SM, Souza P, Costa SM. La mujer responsable de la salud de la familia. Constatando la universalidad cultural del cuidado. *Index Enferm Granada otoño 2004* [Citado 12/02/05]; 13 (46). Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-2962004000200003&script=sci_arttext
- 18 Imsero. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados. Madrid: Imsero, 2004 [Citado 11/05/07]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=1002>
- 19 González JM. La contribución de la enfermería a la salud pública. 75 Aniversario de la Escuela Nacional de Sanidad. Mesa Redonda: El papel de las profesiones sanitarias en la Salud Pública. Madrid, 9 de diciembre, 1999 [Citado 11/03/2003]. Disponible en: <http://enfermundi.com/infoenf/conferen/principa.htm>
- 20 Whitehead D. A stage planning programme model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing* 2001 [Citado 12/02/2005]; 136 (2): 311-20.
- 21 Aldereguía JC. Sanología: paradigma alternativo. Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. 2004 [Citado 02/01/05]; 77 p. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge4.pdf>
- 22 OPS, OMS. Promoción de la Salud en las Américas. Informe anual del director 2001. Washington, D.C. (documento oficial No. 302): OPS, c2001 Pag. I-XIV. [Citado 02/04/04]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/DO302_TOC.pdf
- 23 OMS. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100. [Citada 06/02/02]. Disponible en: http://webarg1.ops-oms.org/AcercaDe/PreguntasFrecuentes.htm#Def_salud_OMS
- 24 OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional de promoción de la Salud. Ottawa, Canadá: 1986, p. 4. [Citado 02/04/04]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- 25 Reyes GR. Introducción general al pensamiento complejo desde los planteamientos de Edgar Morin. Centro Universidad Abierta Pontificia Universidad Javeriana. p. 1-8. [Citado 08/02/07]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cua/apel/Introduccion%F3n%20al%20Pensamiento%20Complejo.pdf>
- 26 Pardo TM. Promoción de la salud para la mujer adulta joven. Ponencia en Memorias del Primer Congreso Internacional en Promoción de la Salud, Tercer Congreso Nacional en Promoción de la Salud y Tercer Foro Regional en Promoción de la Salud. 2005 Nov 2-4; Bucaramanga, Colombia.
- 27 Amable AZ, Aldereguía J. Proyecto de sanología. Centro de Estudio de Bienestar y Salud Humanos de la Universidad de La Habana. CESBH-UH; 2000.
- 28 Triola M. Estadística. México: Pearson; 2004.
- 29 Amable AZ, Peña GM, Cabrera MR, Clarke CC. Hacia una ruta de salud. Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Policlínico Luyanó, Facultad de Medicina 10 de octubre, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2003: 28 p. [Citado 20/01/05]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/archivos/bvirtual/Zoraida1.pdf>.
- 30 Amable AZ, Peña GM, Garrido G, Cabrera MR. Salud sanología en médicas de familia. Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos; 2005: 11 p. [Citado 06/06/06]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/archivos/bvirtual/Zoraida2.pdf>
- 31 Ogaard HA. Aplicación del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la familia [Informe final tesis de graduación de medicina]. Cuba: Centro de estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de la Habana; 2002: 20 p. [Citado 20/01/05]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/archivos/bvirtual/tesis5.pdf>
- 32 Pérez CC. Criterios de salud en mujeres de diferentes edades. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2004 [Citado 02/08/05]; 20 (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_1_04/mgisu104.htm
- 33 Muñoz de RL. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. En: Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería, editores. *Cuidado y práctica de Enfermería*. Primera Edición. Bogotá: Unibiblos; 2000. p. 99-105.
- 34 Matad P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género.

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal de México. UNAM. Salud Mental. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. abril; 2002 [Citado 03/08/05]; 25 (2): 32-37. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58222505.pdf>
- 35 Matud M, Aguilera L, Marrero R, Moraza O, Carballeira M. El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. Internacional Asociación Española de Psicología conductual. Granada España. Journal of Clinical and Health Psychology 2003 septiembre [Citada 02/06/05]; 3 (3): 439-59. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33730302.pdf>
- 36 Ministerio de Protección Social, Republica de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2003. [Citado 03/07/03]. Disponible en: www.col.ops-oms.org/sivigila/2003/BOLE38_03.htm
- 37 Eunyong CHO, Colditz, Graham A, Manson JE et ál. A Prospective Study of Obesity and Risk of Coronary Heart Disease Among Diabetic Women. Epidemiology/Health Services/Psychosocial Research. Diabetes Care, 2002 July; 25 (7): 1142-48.
- 38 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Panorama General. Ginebra-Suiza. Octubre 2002. p. 4. [Citado 08/07/04]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/colombia.pdf>.
- 39 Barceló AM, Borroto DG. Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. Ciudad de La Habana, Cuba. Rev Cubana Invest Bioméd 2001 oct.-dic. [Citado 25/11/03]; 20 (4): 287-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000400009&lng=es&nrm=iso.
- 40 OPS, OMS. Guía regional para la promoción de la actividad física. Promover un estilo de vida sana para las personas adultas mayores. Washington D.C.: OPS, 2002. p. 36. [Citado 02/04/05]. Disponible en: <http://www.envejecimiento.gov.co/promover.pdf>
- 41 Da Costa N et ál. Self-reported leisure - time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2003; 24 (2): 111 -120.
- 42 Comisión de Mujer y Deporte de la Odepa. De Windhoek a Montreal: Informe de avance 1998-2002 sobre la mujer y el deporte. En: Conferencia Mundial 2002 sobre la mujer y el deporte. 2002 mayo 16 al 19 Montréal Québec Canadá. [Citado 08/09/07]. Disponible en: <http://www.canada2002.org/s/progress/intro/index.htm>
- 43 Organización Mundial de la Salud. La mujer y la actividad física. Día mundial de la salud. 2002 abril 7 [Citado 08/09/04]; 1-2: 1. Disponible en: www.who.int/world-health-day
- 44 Declaración de São Paulo para promover la actividad física en el mundo 2002. [Documento de trabajo]. São Paulo. 2002 octubre 12. 3 p. [Citado 06/06/06]. Disponible en: www.kirolzerbitzua.net/adminkirolak/docsdin/DECLARACIÓN%20DE%20SAO%20PAULO.doc
- 45 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Red de Municipios y Comunidades Saludables - Perú. Ministerio de Salud. Políticas municipales para la promoción de la actividad física. Lima, Perú. 2005. 69 p. [Citado 07/07/07]. Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/doc/bvs-pwr/psal/e/fulltex/Cuaderno%2014.pdf>
- 46 Mahecha MS, Rodrigues MV. Agita São Paulo: Fomento de la actividad física como modo de vida en Brasil. 2005. 29 p. [Citado 08/07/07]. Disponible en: www.minsal.cl/ici/destacados/Agita_Sao_Paulo_%20Fomento_AFI_modos_vida_Brasi_Matsudo_Matsudo.doc
- 47 Pardo TM, Nuñez GN. La comprensión de la salud: punto de partida del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la mujer adulta joven. Av Enferm 2007 [Citado 04/03/08]; XXV (2): 36-49. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_4.pdf
- 48 Buela CG. El efecto del tiempo habitual del sueño sobre el estado de ánimo. II Simposio Nacional de Depresión, Avances en la Evaluación y Tratamiento. [Citado 08/05/07]. Disponible en: <http://www.aepc.es/resumenes.php?q=ver&id=7>
- 49 Aya NT, White DP, Manson JD et ál. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. Arch Intern Med 2003 Jan 27 [Citado 08/12/05]; 163 (2): 205-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&term>
- 50 Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR et ál. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. Journal of

- Epidemiology and Community Health 2002 [Citado 09/12/04]; 56: 95-98. Disponible en <http://jch.bmjournals.com/misc/terms.shtml>
- 51 Rosseti LD. Estrés: epidemia del siglo XXI. En el Cerebro de Leonardo. Lumen. 2006 [Citado 02/12/07]. Disponible en: <http://www.sames.org.ar/web/sinestres.htm>
- 52 OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. THS/OS06/7 Original en Español enero 2006. 60 p. [Citado 02/12/07]. Disponible en: <http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>
- 53 Peñate QM. Patrones de conducta y sistema cardiovascular. Hojas informativas de los psicólogos de las palmas No. 52 época II, enero 2003. 1-4 p. [Citado 02/12/07]. Disponible en: <http://www.coplaspalmas.org/07biblio/salud/salud06.pdf>
- 54 Puesta al día en arteriosclerosis. Programa de actualización médica continua. [Actualizada 25-01-08] [Citada 30/01/08]. Disponible en: http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/Tribuna10In6iatero_p10-18/artero.htm
- 55 Valdés GL. Programa de intervención para elevar los niveles de autoestima en alumnas de sexto año básico. Estudios pedagógicos. Valdivia, Chile. 2001 [Citado 02/05/04]; 27: 65-73. Disponible en: Scientific Electronic Library Online Chile <http://www.scielo.cl//cielo.php>
- 56 Aguinaga M, Fernández LJ, Varo JR. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. Anales del sistema sanitario de Navarra. May-ago 2000 [Citado 14/12/07]; 23 (2): 279-292. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n2/revis2a.html>
- 57 Navarro HM, Pontillo ChV. Autoestima del adolescente y riesgo del consumo de alcohol. [Citado 03/07/05] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-contenido.htm>
- 58 Gender and alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Pública 2002 July [Citado 03/07/03]; 12 (1): 59-62. Disponible en: www.ingentaconnect.com/content/wb/110
- 59 Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional sobre el abuso de alcohol y alcoholismo. Alcohol un tema de salud de la mujer. Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos. [Citado 08/07/06]. Disponible: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/Women_Spanish.pdf
- 60 Ivanovic MD, Castro GC, Ivanovic MR. Factores que inciden en el hábito de fumar de escolares de educación básica y media de Chile. Rev Saúde Pública São Paulo Feb. 1997 [Citado 02-02-06]; 31 (1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100006
- 61 Gender and alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica 2002 July [Citado 03/07/03]; 12 (1): 59-62. Disponible en: www.ingentaconnect.com/content/wb/110
- 62 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Panorama General. Ginebra-Suiza. Octubre 2002. p. 4. [Citado 08/07/04]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/colombia.pdf>
- 63 Fung TT et ál. Intake of Alcohol and Alcoholic Beverages and the Risk of Basal Cell Carcinoma of the Skin1. En: Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2002 October; 11:1119-1122.
- 64 Delaimy WK, Cho E, Chen WY et ál. A prospective study of smoking and risk of breast cancer in young adult women. Department of Nutrition and Epidemiology, Harvard School of Public Health, Boston, USA. Cancer Epidemiology Biomarkers Prev. 2004 Mar; 13 (3): 398-404.
- 65 Klag MJ, Wang N, Meoni LA et ál. El consumo de café y el riesgo de la hipertensión: The Johns Hopkins Precursors Study. Archives of Internal Medicine 2002 March; 162: 657-662.
- 66 Medina MN, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia R. Del siglo XX al tercer milenio. Las adiciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal de México. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. UNAM. Salud Mental, agosto 2001; 24 (4): 13-19.
- 67 Moore L et ál. Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial. In: BJM, 2002 [Citado 08/06/05]. Disponible en: www.nih.gov/medineplus.

- 68 Blanco G, Feldman L. Responsabilidades en el hogar y la salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública Mex* 2000 [Citado 09/07/04]; 42 (3): 217-25. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10642310.pdf>
- 69 Matud MP, Bethencourt J, Rodríguez C, Hernández J, Avero P, López M, Trujillo L, Delgado M, González MC, Marrero R, Carballeira M. Relación estrés-salud en la mujer: un estudio prospectivo de los factores personales y sociales más relevantes implicados. Universidad de la Laguna. España. 2001 [Citado 09/07/04]; 1-7. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/2001/518p.pdf
- 70 Sánchez M, Cardenal V, Sánchez S. Mujer, trabajo y salud. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. España. 2001 [Citado 09/07/04]; 1-7. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/2001/518p.pdf