

Desarrollo autónomo del individuo y la responsabilidad en la prevención: problema de salud*

Individual's self-governed development and the prevention responsibility: a health problem

MARGARITA ROCA VIDES**

Corporación Universitaria de la Costa, CUC, Barranquilla, Colombia

Resumen

Los factores subjetivos del desarrollo autónomo están relacionados con las acciones para responder pertinentemente a los cuidados de la salud. El estudio describe los factores subjetivos del desarrollo autónomo para un uso responsable con la salud en acciones de prevención. Teoriza sobre el estilo de vida que direcciona el comportamiento en consumo de alimentos, bebidas y sustancias nocivas, así como las actividades físicas, el sueño y otras relacionadas con el bienestar; el estado motivacional de las personas que determinan las actitudes, estas regulan el sistema de hábitos y actividades; y el desarrollo de la autonomía que favorece la toma de decisiones frente a las expectativas de solución y cambio para la prevención de la enfermedad, los factores se involucran en los comportamientos de la persona en lo individual y lo social que no permiten un uso responsable en la prevención. En lo individual se entra en el problema de la conciencia del ser para asumir el compromiso con actos para estar con salud en la vida, y en lo social el desarrollo autónomo se encuentra con la influencia del medio y los procesos de educación y salud. El conocimiento de los factores subjetivos aporta al diseño de estrategias que contribuyan al desarrollo humano y social de una población.

Palabras clave: Autonomía, Estilo de vida, Actitudes, Motivación, Prevención, Salud.

Abstract

Self-governed development's subjective factors are related to the appropriate actions responding to the health care. The study describes the subjective factors of the self governed development for its responsible use regarding health with preventive actions. It theorizes about the lifestyle that guides the food, beverage and noxious substances consumption behavior, as well as physical activities, sleep and others related to the well-being; the people's state of motivation determining the attitudes. Those regulate the habits and activities system; and the autonomy development that favors the decisions making towards the change and solution expectations to prevent the disease, the factors affect the people's behavior individually and socially avoiding a preventing responsible use. Individually, the study goes into the individual conscience to assume the compromise to act in order to keep healthy in life, socially, the self-governed development meets the environment's influence and the health and education processes. Knowing the subjective factors helps the strategies design to contribute to a population's human and social development.

Key words: Autonomy, Life style, Attitudes, Motivation, Prevention, Health.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

RECIBIDO: OCTUBRE DE 2009

ACEPTADO: NOVIEMBRE DE 2009

* Artículo desarrollado en el marco de la investigación finalizada "Descripción factores subjetivos del desarrollo autónomo para el uso responsable con la salud en acciones de prevención". Articulado a la línea de investigación de Desarrollo Humano de la Facultad de Psicología.

** Correspondencia: mroca@cuc.edu.co



La salud es un derecho y es fundamental para un desarrollo armónico de la persona tanto en lo individual como en lo social. El problema de la prevención de la enfermedad y el uso no responsable se convierte en un obstáculo para que las personas gocen de una calidad de vida.

Los entes territoriales a través de las Secretarías de Salud y Empresas Promotoras de Salud deben dar respuestas a las políticas de promoción y prevención de la enfermedad determinada por la OPS y la OMS. Los informes de los ministerios y organizaciones de salud reportan altos índices del desconocimiento de las personas sobre la multicausalidad de las enfermedades.

En el sector salud la prevención en programas del plan básico de atención y Empresas Promotoras de Salud es mantener y evitar las enfermedades con fines de mejorar la calidad de vida de los habitantes de una comunidad. Se debe extender a las políticas de salud para disminuir los índices de enfermedades crónicas, adquiridas u orgánicas.

Una mirada al cuidado de la salud en la historia es fundamental para entender el problema de la prevención en salud. Desde las primeras civilizaciones se hizo continuidad a la línea del saber empírico del cuidado, ocasionando una segmentación entre el cuidar y el curar. El cuidado de la salud se asignó a la medicina para curar lo que favoreció el desarrollo en cuanto a diagnóstico, la clasificación de las enfermedades, y se logró transitar de la medicina mágica a la científica; mientras que el cuidado se asignó como una actividad que debía realizar la mujer por ser un ser de escasa condición social en comparación con el hombre.

En la cultura oriental, desde los años 2500 y 1500 a.C. en India la prevención de la enfermedad se comenzó a implementar, esto quedó evidenciado en restos de ciudades arqueológicas que se han descubierto y en un libro de Ayurveda, se encuentran referencias para el cuidado de la salud y cualidades que debían cumplir personas encargadas de esta en ese tiempo, la preparación de medicamentos, y las motivaciones intrínsecas por el cuidar a los enfermos y ser puro tanto en lo mental como en el cuerpo.

Los chinos mantenían la salud a través de la meditación, el ejercicio a nivel de gimnasia y respiratorio, y en el respeto así del otro, lo que a la final favorecía en la persona el conocimiento de sí misma.

En Medio Oriente, los hebreos fijaron normas higiénicas que tenían más un fin de tipo religioso y disciplinar que preventivo, resaltando la importancia de permanecer limpio, descansar y comer bien.

Los antiguos egipcios se centraron en la limpieza del cuerpo y de las casas; a parte de este estilo de vida, también se acostumbraba a dar purgas mensualmente para purificar el cuerpo y de esta forma lograr prevenir las enfermedades.

En la cultura occidental a partir de los griegos les asignaron a los dioses como actores causales y preventivos de las enfermedades. Con relación a los romanos acogieron los conocimientos griegos en lo referente a la prevención, cuidado y la rehabilitación. Ya hacia finales del siglo XVII la prestación de servicios de salud cambiaron, debido a que los gobernantes se dieron cuenta que una población sana favorece el desarrollo y los intereses de un Estado.



En la actualidad la prevención primaria en salud se encuentra en todos los sistemas de salud, implementada esta a partir del año 1978 con la declaración de la OMS en Alma Ata (URSS). Con la divulgación de esta carta la protección marcó un cambio de énfasis de la enfermedad a la salud, es decir, que en vez de centrarse en la inversión para manejar las patologías se pasó a trabajar en las personas los valores, creencias y prácticas sociales para evitar la enfermedad.

En el presente la prevención se trabaja por medio de programas brindados por el sistema de salud de la nación, es de carácter multidisciplinar donde se encuentran médicos, psicólogos, sociólogos entre otros. Es importante tener en cuenta que los estilos de vida que se practican en la infancia y adolescencia son determinantes en la adultez y vejez del ser humano.

El problema de la salud afecta a las poblaciones manifestado en el desarrollo armónico de la persona tanto en lo individual como en lo social. Las exigencias del mundo globalizado y competitivo de hoy son respuestas pertinentes para la sociedad, una de ellas está asociada a la condición de vida como es la salud, influenciada esta por estilos de vida que afectan el estado físico, psicológico y social del individuo.

El panorama mundial y nacional muestra el descuido especialmente en los hábitos alimenticios que aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Según la OMS el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres.

En Colombia, según, el último informe de la

OMS, la situación es igual de alarmante. La tasas de mortalidad por enfermedades que pueden ser prevenidas y tratadas va en aumento, por cada 100.000 habitantes el promedio del 70% de muertes son enfermedades transmisibles y crónicas; además un 12% tiene control médico adecuado y los índices de inasistencia médica por carencia de EPS e IPS crecen cada vez más.

Con estas estadísticas se puede inferir que existe un total desinterés por parte de la población adulta hacia los programas preventivos. Este problema visto desde la psicología está involucrado en el comportamiento humano y los aprendizajes sobre la salud.

El desarrollo humano del sujeto está manifestado en la autonomía que se da a partir de la interacción social e individual de un sujeto, determina la personalidad y la subjetividad para responder pertinentemente a los cuidados de la salud, por lo tanto, alcanzar la autonomía es fundamental porque permite desde esa condición que tiene toda persona adulta para ser independiente, responsable, con capacidad de anticipar las situaciones, estableciendo su propio criterio y considerándola como parte esencial de su personalidad, permitiendo así al individuo tener conductas saludables, lo opuesto es lo no funcional en la personalidad se viera reflejada a lo largo del tiempo en los problemas de salud y por ende en la calidad de vida especialmente en el adulto mayor.

En el proceso del desarrollo la familia y el sistema educativo acompañan el sujeto hasta la maduración de la capacidad de evaluar y tomar decisiones en asumir responsablemente acciones con respecto a los autocuidados, la au-

torregulación y la metacognición propios de la autonomía.

La problemática está centrada sobre lo escaso y complejo para trabajar en la autonomía con fines particulares y orientada hacia la necesidad de conciencia en prever las enfermedades, los programas de prevención cuando no trabajan sobre el comportamiento, están llamados al fracaso, y a la no garantía del estado de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, es por esto que el *problema de investigación* es ¿cuáles son los factores subjetivos del individuo en el desarrollo autónomo que no permiten un uso responsable y apropiado con la salud preventiva?

La relevancia del trabajo investigativo desde la disciplina psicológica aportar a la aplicación en salud de nuevos conocimientos sobre las acciones del comportamiento humano desde la perspectiva de la responsabilidad y el cambio de actitudes con respecto a la salud, de lo contrario los programas preventivos están llamados a no cumplir con éxito, implica no garantía sobre los estados de salud de las personas y el mejoramiento de la calidad de vida. Los programas preventivos deben incluir acciones que determinen los comportamientos de las personas, refiriéndose al compromiso con la prevención de la enfermedad y actitudes apropiadas para los cuidados de la salud. La psicología de la salud lo explica y teoriza, las personas hacen mal uso de la capacidad de anticipación y las acciones del individuo están relacionadas directamente con el desarrollo autónomo del individuo.

La descripción de los factores subjetivos, sustentados en teorías de la psicología social de la salud identifican y establecen factores para desarrollar nuevas maneras de intervenir a las

personas para que asuman comportamientos más saludables, en los diseños de estrategias de programas de prevención en salud.

El estilo de vida direcciona las acciones del comportamiento humano desde la perspectiva de la responsabilidad y el cambio de actitudes con respecto a la salud, el establecimiento de factores subjetivos del desarrollo autónomo permite al individuo la evaluación y decisión frente a cualquier circunstancia de evolución en la vida, ya sea a nivel laboral, personal, profesional y/o social la mejor condición de vida. Bajo este desarrollo podrá cumplir con los diferentes roles propios de la humanidad en lo social.

Un estilo de vida se va conformado con hábitos, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de la persona o grupo de familia en la cultura y por la propia dinámica de vida igualmente se transforman; por tanto este se construye a lo largo de la vida del sujeto, se establece como producto de un proceso de aprendizaje que puede ser por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares o grupos formales e informales.

El estilo de vida se enmarca en condiciones de la persona, siendo estas las económicas y de carácter social, inmersas estas en particularidades y costumbres sociales. Estos determinan el comportamiento que las personas asuman en relación a factores que puedan atentar o favorecer la salud, que son de tipo saludables, preventivos o libres.

La construcción de la autonomía en el ser humano es fundamental para actuar a favor de la salud, es necesario que las personas comprendan que ellos son dueños del cuerpo y si ellos no generan la posibilidad de cambiar su estilo de



vida libre nadie lo podrá hacer. Es necesario que las personas comprendan que un estilo adecuado de vida favorece la prolongación y la calidad de esta misma.

Los estudios del norteamericano Kenneth Wallston, de la psicología de la salud, sobre la relación entre autonomía, enfermedad y el control de los cuidados de la salud, encontró dos clases de sistemas en los individuos frente a la prevención de la enfermedad, el dirigido internamente que es cuando la persona toma la responsabilidad de sus comportamientos y el sistema dirigido externamente, que es la persona que piensa que su salud y la enfermedad está regida por factores que él no puede controlar y evidenció que las personas que tiene un sistema dirigido internamente asumen actitudes y comportamientos autónomos que le permiten prevenir la enfermedad y además tienen mayor información de cómo hacerlo; por el contrario las personas que tienen sistemas externos mostraron que tienen un conocimiento menor de información de cómo prevenir la enfermedad, por tanto no asumen comportamientos que eviten llegar a la enfermedad.

La autonomía es propia de la adultez, etapa en que se realiza este estudio, se caracteriza esta porque el individuo durante todo el proceso de desarrollo cognitivo y evolutivo tiene una constitución psicológica como sujeto adulto, que le permite ser autónomo para la toma de decisiones y que se enmarca en la concepción de la personalidad, como el hombre es capaz de asumir conductas que le permitan tener una anticipación frente a los cambios de la vida.

Soportado en Carl Rogers, en la teoría de los tres momentos de la adultez, es importante re-

saltar lo relacionado con la autonomía especialmente con los procesos cognitivos para la toma de decisiones con referencia a la salud y estilos de vida saludables; tener un pensamiento dialéctico le permite hacer las inferencias a partir de las informaciones del entorno y la capacidad de ser evaluadas para dar respuestas con respecto al bienestar. La adultez media en lo que se refiere al nivel autónomo del individuo es mucho más personal, es mucho más responsable en lo que piensa, hace y como toma sus decisiones dándole un equilibrio a su vida con respecto al aspecto emocional y sus pensamientos, la diferencia de la adultez mayor radica en esta por ser la etapa más crítica para el individuo a partir de los deterioros funcionales, no puede dar cuenta de su salud y su autonomía como la capacidad de tomar decisiones para mejorar estilos saludables.

La realidad social y la subjetividad influyen en los estados de enfermedad y salud, debido a que la actitud y el comportamiento de una persona se determinan o se influyen por la cultura, en esa subjetividad es fundamental el desarrollo autónomo de las personas, aunque no ha sido el más estudiado dentro de las diversas áreas de la salud, se puede señalar que las investigaciones sobre la autonomía han puesto de manifiesto la importancia que tiene esta en la persona como agente individual, social y cultural para asumir comportamientos responsables en el diario vivir.

La psicología humanista ha planteado que durante el transcurso de la vida el ser humano realiza un proceso para alcanzar todo su potencial para enfrentar al mundo que le rodea y experimentar una vida más plena. El objetivo de la vida es satisfacer ciertas necesidades o potencialida-

des innatas para ir construyendo una mejor versión de lo que se es capaz de llegar a ser, Rogers lo llamó en su teoría tendencia a la realización y a la autorrealización, es decir que cada individuo es responsable de desarrollar capacidades y potencialidades para llegar a un nivel superior del autodesarrollo, es asumir responsabilidad dirigida hacia lo que desean ser y hacer.

La teoría de Abraham Maslow sobre autonomía plantea la autorrealización de los individuos, tiene en cuenta las necesidades que posee y cómo cada una de ellas deben ser llenadas hasta alcanzar el desarrollo de su propio potencial y ser mejor persona a través del crecimiento personal continuo. En la medida en que se acceda o se satisfaga cada necesidad las personas se desarrollarán autónomamente, de igual forma para Maslow dentro de la jerarquía de autorrealización, la autonomía de los individuos no dependerá de leyes externas sino de sí mismo.

En la revisión del concepto de sujeto por Arias (1995) desde la teoría de la actividad, los fenómenos se explican a partir de la relación sujeto-objeto en la actividad en donde el sujeto y el objeto se intercambian de lugar dependiendo de la función que asumen en la comunicación. El sujeto individual para referirse a la personalidad lo hace cuando este asume un carácter activo, transformador, creativo, esta acción la relaciona con sí mismo y con la sociedad en un todo, plantea que debe darse de manera voluntaria, intencional con alto nivel de conciencia y responsabilidad, implica la autorregulación, la formación y el desarrollo dentro de un proyecto tanto individual como social.

Otro teórico para estudiar el desarrollo autónomo es Albert Bandura con la teoría del

aprendizaje social, forma de explicar las manifestaciones de los procesos psicológicos internos y externos que influyen en el desarrollo autónomo como una capacidad de anticipación, el individuo evalúa sus decisiones, teniendo en cuenta que puede ocurrir X o Y consecuencia ante la decisión tomada, que esta sea o no tan eficaz a la hora de vincularse con su entorno personal y social. El sujeto posee la capacidad de ser más conciente y autónomo con referencia a los cambios y situaciones de sí mismo para prevenir la enfermedad, la forma como el individuo toma control de influencias externas e internas y cómo intervienen estas en la vida del sujeto como ser integrador de la sociedad.

La teoría de la actitud social, soporta el comprender cómo los individuos elaboran las propias percepciones, formas de pensar y sentir para realizar los actos, basados en sistema de creencias, costumbres y valores propios de la sociedad a la cual pertenece.

La psicología social con respecto a la actitud, ayuda a comprender la forma en que una persona construye sus actitudes hacia la salud y la enfermedad lo que incluye las actitudes hacia la prevención; basado en la cognición social.

Desde la teoría del juicio social plantea que las actitudes hacia una situación social están polarizadas porque los receptores de mensajes mediáticos, tratan de estar al tanto de la información para reforzar o cambiar sus actitudes hacia la situación social. Desde esta teoría se puede entender entonces que las actitudes de un individuo son utilizadas como modelo de juicio, en donde aquellos aspectos, elementos y situaciones que se acercan a la forma como se concibe el mundo determina la manera en la



que se actúa y toman decisiones. En este sentido el cambio de actitud va mediado por un proceso comunicativo y cognitivo a partir que se emite el mensaje; todo este proceso le permite al sujeto seleccionar de forma particular los elementos que adopta como propios. El escuchar lo que los otros dicen, comprender el significado de sus percepciones, opiniones y argumentos dan paso para aceptar o no el contenido de ese discurso. Solo se acepta como verdadero y propio una actitud hacia algo o alguien cuando las opiniones que los otros manifiestan concuerdan con las propias opiniones construidas, las que parecen inapropiadas y objetables son rechazadas y dejadas por fuera.

Método

Participantes

La población y la muestra de esta investigación son adultos cuyas edades oscilan desde los 22 años hasta los 62 que conforman la comunidad académica, administrativa o estudiantil de la Corporación Universitaria de la Costa, CUC, de Barranquilla, Colombia.

La muestra determinística de tipo accidental, la representatividad estuvo en la selección intencionada de personas; no hubo un plan preconcebido para escoger a los sujetos, estos fueron seleccionados a partir de circunstancias fortuitas en las diferentes dependencias de la Corporación Universitaria de la Costa.

Instrumentos

Se diseñaron dos cuestionarios parcialmente estructurados, abiertos y flexibles, de tal manera que se adaptaran a la singularidad de cada sujeto. Por medio de estos se pudo medir el grado de información, aceptación sobre la salud y la

enfermedad, así como las conductas y comportamientos que permiten identificar los estilos de vida que cada uno utiliza; el desarrollo de la autonomía en la capacidad del autoconocimiento, el autorreconocimiento y la toma de decisiones y la escala que permitió la elaboración y análisis de tipologías que son mediciones combinadas nominales para estudiar por separado las actitudes en la comprensión de la información.

Procedimiento

El paradigma investigativo histórico-hermenéutico soporta la investigación, busca en la interpretación y comprensión del objeto de estudio cualitativo las representaciones simbólicas de una realidad, con un interés práctico para comprender las experiencias de las personas en su contexto histórico-social a partir de factores subjetivos del desarrollo autónomo que no permiten el uso responsable y apropiado con la salud preventiva del individuo.

Según la finalidad es de tipo descriptivo, debido a que se precisa e interpreta lo relacionado a las condiciones existentes de prácticas que prevalecen de acuerdo a aquellos factores subjetivos que resulten evidentes del sujeto con respecto al desarrollo autónomo y la actuación de las personas adultas en lo referente a la prevención de las enfermedades y reconocer los factores que no favorecen la apropiación de estilos de vida saludable.

El método fenomenológico sustentado a partir que las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar como son las subjetividades de los individuos estudiados, solo podrán ser captadas por este método en el marco de la referencia interna, que las vive y experimenta, cuya esencia va a depender del modo en que es vivida,

percibida única y propia de cada ser humano. Entender la subjetividad del desarrollo histórico en el contexto social sin establecer ningún control; la personalización permitió conocer sistemáticamente el establecimiento de los factores subjetivos del desarrollo autónomo, además se facilitó el cuestionamiento y la generación de hipótesis sobre el problema actual con respecto al uso responsable de programas preventivos para la salud.

El procesamiento de la información se realizó a partir de la elaboración de la descripción protocolar para hacer el estudio de estas descripciones detalladas y categorizadas de la información de la fuente acerca de los factores subjetivos del desarrollo autónomo en uso responsable en la prevención. Se buscó así comprender holísticamente el comportamiento del sujeto para comprender las relaciones entre las partes y el todo.

Resultados

El estilo de vida que direcciona el comportamiento de las personas para el cuidado de la salud está basado en la alimentación, hay claridad sobre la preparación baja en azúcar, grasa, condimentación y sal; para el balance de alimentación dan preferencia a frutas y verduras, con una ingesta adecuada de consumo tres veces al día. Tienen buenos hábitos con respecto a la forma y los tiempos de masticación y el acompañamiento lo hacen con jugos naturales y agua. Identifican los siguientes alimentos de consumo en comidas, en el desayuno predomina fritos, pan, huevos y otros carbohidratos; en almuerzo y comida hay una preferencia por la combinación de carbohidratos, carnes, verduras y frutas, sancochos y arroz; en la comida aparece pre-

dominancia por la de tipo chatarra como son pizzas, hamburguesas, perros calientes, entre otros.

El comportamiento con respecto a la actividad física es considerado dentro de los cuidados básicos de la salud, los sujetos hacen la actividad una a dos veces y al igual prefieren a la hora del descanso actividades como ver televisión o escuchar música.

Con el descanso hay un buen manejo regularmente cumpliendo con el número de horas recomendadas, pero en la regularidad aparece que no siempre duermen esa misma cantidad, aparece el estudio o el disfrute de fines de semana.

En referencia al consumo de sustancias el licor predomina sobre el cigarrillo que es mínimo. Sobre las bebidas energizantes las consumen para superar el cansancio.

Frente a un dolor hacen uso de medicamentos en el momento que se presenta y el 50% se medica algunas veces, pero predomina el NO sobre la automedicación, el medicamento acetaminofén es el de mayor consumo.

Con respecto al estado motivacional relacionado con las actuaciones, el pensamiento y los gustos; los resultados muestran con respecto al estado físico a través de actividades como ejercicios y/o deportes una media alta de la muestra está de acuerdo que hay que hacer este tipo de acciones para mantener la salud.

Con respecto a la alimentación hay buen estilo, realizando acciones que están a favor del cuidado de la salud. La forma de proceder a con-



sumir los alimentos, no necesitan sentirse llenos para dejar de comer y mantienen el hábito de no comer aprisa y masticar bien los alimentos.

En la preparación de los alimentos están de acuerdo en dar sabor con sustancias y productos naturales pues estos no perjudican la salud. Esta afirmación indica que están de acuerdo que la comida hecha en casa es preferida a la que venden en la calle.

El descanso registra que evitan realizar algún tipo de actividad en las horas de descanso y que las horas destinadas a dormir son suficientes para sentirse descansados.

En el cuidado con la salud sexual, el mantener relaciones sexuales con una sola persona.

Otro aspecto con relación al consumo de licor más que moderadamente se encontró que hay una equivalencia entre los que consideran que están de acuerdo con los que no y otro tanto igual no hace el consumo.

En el cuestionario sobre el desarrollo autónomo se registran los siguientes resultados, el estilo que actualmente llevan le contribuye a la salud, y reconocen que NO están llevando un estilo saludable y algunos lo hacen a medias, porque unos días lo logran pero otros lo pasan por alto y realizan comportamientos que no contribuyen a la salud.

El modelo de aprendizaje son los padres por la experiencia de vida, otros por instrucción y conocimiento de la formación en el sistema educativo y las propias experiencias a partir de situaciones relacionadas con problemas de salud y/o enfermedad.

La identificación de la forma de regular el sistema de hábitos y actividades está con base en la elección a partir de tener una buena salud, sentirse bien, y otros que lo tienen incluido como un proyecto de vida para alcanzar la vejez. Otro factor que interviene es con relación al estado de salud, bien sea porque se han sentido mal o por estar enfermos.

Establecer la toma de decisiones frente a las expectativas de solución y cambio para la prevención de la enfermedad está centrado básicamente en el mejoramiento de la salud por el futuro que incluye la idea de conservar el bienestar y de mantener en equilibrio la salud. La familia es otro factor que es tenido en cuenta en las decisiones, lo asocian con miembros como son la pareja, hijos o los padres; de padecer una enfermedad producto de no establecer un adecuado estilo de vida. Un grupo significativo consideró que eso no es decisión sino que llega solo con el transcurrir del tiempo.

Discusión y Conclusiones

El estilo de vida que direcciona el comportamiento de las personas para el cuidado de la salud es la alimentación, hay balance y con ingesta de tres veces al día. Los hábitos con respecto a la forma y los tiempos de masticación son buenos y el acompañamiento de las comidas lo hacen con jugos naturales y agua. Se encontró una contradicción al identificar el tipo de alimentos que consumen en las comidas, las preferencias son alimentos ricos en carbohidratos y la comida tipo chatarra como son pizzas, hamburguesas, perros calientes entre otros. Se interpreta que hay educación sobre estilos de vida saludable pero impregnada por una cultura culinaria propia del Caribe colombiano que es rica en harinas

y grasas que son perjudiciales para la salud, que desde esta perspectiva no estaría dentro de los parámetros de la prevención.

El comportamiento con respecto a la actividad física fue considerado dentro de los cuidados básicos de la salud, pero no es congruente puesto que los sujetos solo lo hacen de una a dos veces y al igual prefieren a la hora del descanso actividades como ver televisión o escuchar música que son actividades sedentarias, otro factor que no es favorable para la salud. Se resalta en el descanso que si bien cumple con el número de horas recomendadas, pero en la regularidad aparece que no siempre duermen esa misma cantidad, aparece el estudio o el disfrute de fines de semana.

El consumo de sustancias que predomina, el licor sobre el cigarrillo, la cerveza que es la preferida, es un producto elaborado con cebada y alcohol que no es favorable para la salud.

Con respecto al estado motivacional para realizar comportamientos relacionados con el estado físico, descanso, cuidado en lo sexual, consumo de alimentos y sustancias actúan bajo criterios de cuidados de la salud, conservan el estilo saludable. Sin embargo con respecto a algunos consumos se encuentra que en la indagación sobre la comida chatarra están en acuerdo en decir NO cuando les ofrecen comida llamada chatarra aunque se le haga agua la boca, esto deja interpretar un factor subjetivo sobre debilidad en el autocontrol.

Según pensamiento y gustos con respecto a los cuidados de la salud el 90% tienen la información bien construida y las preferencias bien definidas sobre un buen estilo en cuanto al con-

sumo de alimentos y sustancias, la actividad física, el descanso y la vida sexual.

La determinación de los modos de aprender los hábitos para la salud en toda la muestra emite un concepto favorable para cuidar la salud, se interpreta que hay constructo en la claridad de hacer elección y en asumir una postura sobre la salud.

El reconocer que están de acuerdo que el estilo NO le contribuye a la salud o los que lo hacen a medias como es llamado por ellos es alto para la calidad de la salud por lo que estarían en alto riesgo de contraer enfermedades.

El modelo de aprendizaje es el social centrado en los padres al ser ellos el modelo para los comportamientos que presentan, la base de esta elección está sustentada por la experiencia y situación actual de los padres donde el factor herencia se resalta como preventivo y de límite para el cuidado de la salud; los otros factores son el sistema educativo y las experiencias personales para llevar una vida sana.

La regulación del sistema de hábitos y actividades, la toma de decisiones está con base en la elección de equilibrio de la salud, con proyección en la adultez mayor. El otro modelo para las decisiones está con relación a la familia y las experiencias de estos; y es de alto riesgo para los que afirman que eso no es decisión sino que llega solo, es propio de personas que no han desarrollado la capacidad de anticipación para hacer un uso responsable con la prevención en salud.

La familia es otro factor que es tenido en cuenta en las decisiones, lo asocian con miembros como son la pareja, hijos o los padres; de



padecer una enfermedad producto de no establecer un adecuado estilo de vida.

Los sujetos presentan factores subjetivos del desarrollo autónomo del nivel del autoconocimiento y autorreconocimiento para el cuidado de la salud, están en el reconocimiento e identificación del estilo de vida a favor o en contra de la salud, es de anotar que es el nivel más desarrollado. En el nivel ideales y propósito se encuentran por debajo de los anteriores y con una marcada debilidad para la evaluación y la toma de decisiones.

Del autorreconocimiento el repetir como modelo de imitación dentro del proceso del aprendizaje es medio.

En la toma de decisiones del desarrollo que implica la evaluación, la decisión y actitud de cambio aparecen en los más jóvenes el desarrollo como bajo, y en los adultos medios aparece con significación buena el desarrollo en la dimensión de las decisiones.

La prevención debe trabajarse en los sistemas familiar, educativo y social, con modelo de aprendizaje social que eleven los niveles del desarrollo autónomo como fundamental para responder a unos cuidados de salud responsables que garanticen calidad de vida.

Referencias

- Arias, H. (1995). *La comunidad y su estudio: Personalidad, educación y salud*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Arias, H. (1998). *El problema de la anticipación en la psicología*. Córdoba: Servicio de Publicaciones.
- Bellak, L. (1977). *Psicología de las enfermedades orgánicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Brannon, L.; Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thompson Learnig.
- Casado de la Rocha, A. Sobre "Bioética para legos" (el libro), *Autonomía y enfermedad*. Recuperado abril 21, 2009. Disponible en <http://www.dilemata.net>
- Cerda, H. (2000). *Elementos de la investigación*. Bogotá: El Búho.
- Coon, D. (1998). *Psicología, exploración y aplicaciones*.
- De la Mora, Rodrigo. *Psicoterapia humanista*. Recuperado en abril 14, 2009 disponible <http://elcuervodeorange.com>.
- De los Ríos. EPA. Tema 5 Personalidad. Recuperado abril 14, 2009 disponible <http://www.fpaginerdelosrios.com>.
- Ferro Bayona, J.; Amar Amar, J.; Abello, Llanos, R. (1998). *Desarrollo humano*. Barranquilla: Uninorte.
- Foucault, M. *Pensamiento autónomo*. Recuperado en marzo 7, 2009 disponible en <http://lahaine.org>.
- Flórez Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud, promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- García Álvarez, A. *Reflexiones sobre la autonomía de los pacientes*. Recuperado en abril 9, 2009 disponible en <http://www.seapremur.com>
- Hardy Leahey, T. (1996). *Historia de la psicología: Corrientes principales del pensamiento psicológico*. Historia del pensamiento, (1974) Enciclopedia.
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades*. Washington: OPS.
- Krause, A. *Autonomía y enfermedad: algunas preguntas*. Recuperado en mayo 5, 2009 disponible en <http://www.jornada.unam.mx>

- Kottak, C. (1997). *Antropología cultural*. España: McGraw-Hill.
- Larraín, J. *Concepto de identidad*. Recuperado en mayo 4, 2009 disponible en <http://www.plataforma.uchile>.
- Libertad, M. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*. Recuperado en marzo 5, 2009 disponible en <http://bvs.sld.cu>
- Lug (2006). *Autonomía y salud, ¿principios complementarios incompatibles?* Recuperado en abril 14, 2009 disponible en <http://ct-siessandoval.blogspot.com>.
- Mardones, J. M. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas*. Colombia: Anthropos.
- Mardomingo Sierra, J. *La autonomía moral de Kant*. Recuperado en abril 3, 2009 disponible en <http://www.dialnet.unirioja.es>
- Martínez, M. (1989). *Comportamiento humano: Nuevo método de investigación*. Caracas: Trillas.
- Muñoz, G. (2004). *Historia de la prevención*. Departamento de Salud Pública; Hacia la Promoción de la Salud. Recuperado en abril 26, 2009 disponible en <http://www.promocionsalud.ucaldas.edu>
- Oblitas, L.; Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. Publicado por Plaza y Valdes, Recuperado en abril 02, 2009 disponible en <http://books.google.com.co>
- Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Oblitas, L. (2004). *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*. Psicom Editores.
- Oblitas, L. (2005). *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*. Psicom Editores.
- Oblitas, L. (2005). Vera Villaroel, Pablo. *Manual de escalas cuestionarios iberoamericanos en psicología de la salud*. Psicom Editores.
- Pérez, R. *La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de la vida sana*. Recuperado en marzo 5, 2009 disponible en www.psicologiacientifica.com
- Pérez, R. *La psicología de la salud en Cuba*. Recuperado en marzo 5, 2009 disponible en www.psicologiacientifica.com
- Piedrahita, G.; Gonzalo, G.; Vargas, R.; Domínguez Rojas, V. *Medicina preventiva y salud pública*.
- Piña, J.; Obregón, F.; Vera, J. Á. (2003). *Psicología de la salud en Iberoamérica*, UNISON.
- Piña, J.; Rivera, B. *Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado en marzo 5, 2009 disponible en <http://pepsic.bvs-psi.org.br>
- Psicoanálisis y Hospital* (1995). Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. Buenos Aires.
- Roa, Álvaro A. (1995). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Cie.
- Ramírez García, F. *Autonomía y dignidad*. Recuperado en marzo 30, 2009 disponible en <http://www.bioeticaweb.com>
- Rogers, C. y Maslow, A. *La psicología humanista*. Recuperado en mayo 1, 2009 disponible en <http://www.scribd.com>
- Ruiz Callejón, E. *El principio de autonomía y la salud del último hombre*. Recuperado en febrero 27, 2009 disponible en <http://www.institucional.us.es>
- Salazar, J. M.; Montero, M.; Muñoz, C. et al. (1984). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Salinas Pérez, A. *Aprendizaje y autonomía*. Recuperado en mayo 2, 2009 disponible en <http://apsalinas08.googlepages.com>
- Sanabria, P.; Gonzáles, L.; Urrego, D. (2007). *Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos*. Recuperado en abril

- 2, 2009 disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Savater, F. *Ética como amor propio*. Recuperado mayo 5, 2009 disponible <http://www.aprendeonline.udea.edu>
- Soldevilla Benet, A.; March Llana, J. *Nivel de salud y autonomía en los Centros de día para mayores*. Recuperado en abril 14, 2009 disponible en <http://www.nexusediciones.com>
- Tejada Zabaleta, A. *Agencia humana en la teoría cognitiva social, definición y posibilidades de acción*. Recuperado en abril 22, 2009 disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Trull, T.; Phares, E. (2003). *Psicología Clínica*. México: Thompson. Un documento.
- Vargas, E.; Arbeláez, M. *Consideraciones teóricas acerca la metacognición*. Recuperado en mayo 1, 2009 disponible en <http://www.utp.edu.co>
- Varó Peral, A. *Autonomía y heterogonía en el desarrollo moral de los seres humanos*. Recuperado en marzo 5, 2009 disponible en <http://www.nodo50.org>
- Vinaccia, S.; Quinceno, J. *Salud y enfermedad desde el modelo mágico al biopsicosocial de la psicología de la salud*. Artículo de Investigación. Recuperado en marzo 5, 2009 en El Ágora USB. Fuente Académica database.
- Vives, A. (2007). *Estilos de vida saludable; puntos de vista para una opción actual y necesaria*. Psicología científica. Recuperado en marzo 5, 2009 disponible en <http://www.psicologiacientifica.com>
- Wyszynski, Antoinette A.; Wyszynski, B. (2006). *Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas*. Disponible en <http://books.google.com.co>
- Zaa, B. *Prevención en instituciones de salud: una tarea necesaria*. Recuperado febrero 22, 2009 disponible en www.psicologiacientifica.com