

Dimensión de los estudios socioculturales en promoción de la salud en el contexto de la
Región de las Américas

Julio Eduardo Mazorco Salas*

* Docente-investigador de la Unidad de Proyectos Especiales y Pensamiento Sistémico y del Grupo de investigación MYSCO. Universidad de Ibagué, Colombia.

Mi abuelo fue un señor criado en y para el campo, un señor fuerte en sus gestos y palabras, grande físicamente y casi siempre serio. Él fue tradicional en sus convicciones, como en sus hábitos, madrugador, de comer abundante, convencido de que el trabajo y la comida son los principales responsabilidades y disfrutes de esta vida. Fue amante de la sopa y el seco, del pescado de río, del plátano maduro asado, de las cremas de verduras y los saperques de la abuela. Con los años vino la enfermedad, el acongojo para la familia, los asiduos y amorosos cuidados en casa. Con la cronicidad del padecimiento, vino la hospitalización, con esta la restricción del contacto familiar por los horarios controlados de visitas, el alejamiento de la casa y el hogar, de su cama, su mesa de noche, sus sombreros, su identidad. Luego vino el control de medicamentos, la estandarización de su forma de vida a la forma de vida hospitalaria medicalizada y controlada en medio de horarios, batas, y pocos saludos. Así también se controlaron sus alimentos, acorde a las tablas nutricionales estandarizadas para atención hospitalaria. Y así se fue también el pescado de río y el plátano maduro asado, la prohibición del saperque de la abuela.*

**es una expresión para dar cuenta de un tipo de sopa con una gran variedad de ingredientes entre granos, verduras, tubérculos, y cabe decir, lo que haya quedado en la despensa.*

Esta experiencia de vida con mi abuelo me puso de frente, como trabajador de la salud, con la gran diferencia de valores que hay entre las formas de vivir de una cultura y las formas de vivir que orienta la ciencia médica hospitalaria. Entiendo así que la salud es un campo de distintos saberes, a veces en tensión, a veces en disputa, a veces asimétricos, a veces violentos, y ojalá un día, complementarios. De modo que la salud no sea propiedad de la ciencia médica, ni de los médicos, ni de los hospitales, que la salud sea y esté en cada sujeto y colectivo, en la vida cotidiana, en los olores, sabores y saberes de cada día. Como señala Chapela “Promover la salud, significa promover el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas para lograr mejores proyectos individuales y colectivos, mejores maneras de actuar en el mundo y mejores cuerpos para vivir, enfermarnos e incluso morir” (2015. p. 147)

¿Por qué los estudios-socioculturales en el marco de la promoción de la salud?

La salud como construcción sociocultural

Desde una perspectiva bio-médica, la salud es asociada al cuerpo-físico, en la mayoría de veces enfermo. Desde esta mirada, se necesita conocimiento bio-médico de intervención y regulación estandarizada y comprobada de procedimientos (Durán. 1998). Esta mirada, si bien es necesaria, no es suficiente para un proceso social complejo como lo es el fenómeno de salud-enfermedad-cuidado. Esta forma de ver el mundo concibe al ser humano como individuo aislado, y al órgano enfermo como el único foco de intervención o extracción (Chapela. 2014). Y así mismo no considera que el ser humano es en relación consigo mismo, con los otros y con lo otro. El ejercicio del Saber/Poder medicalizado se configuro como una manera de regulación y control poblacional y de reducción de la variedad de manifestaciones de lo humano (Foucault. 2008a, 2008b).

En complementariedad, otra forma de concebir al ser humano enuncia que este es la construcción histórica objetiva/subjetiva de sí mismo, encarnada en un cuerpo, situada en un territorio, con herencias genéticas y culturales distintas.

Considerar la salud en este marco de complejidad sociocultural, esta es una propiedad emergente, una manera de nombrar (un atributo) un conjunto de cualidades agrupadas que juntas configuran un estado dinámico emergente de las formas de vida de sujetos y colectivos. Y son constituidas como conjuntos simbólicos de creencias, imágenes, representaciones, significados, percepciones etc. (Alarcón, A.; Vidal, A., y Neira, J. 2003). Por ejemplo, el conjunto de características que permite reconocer si alguien está feliz o triste. Feliz como categoría es un consenso social, funciona como una propiedad emergente que sirve para nombrar una forma de estar, que se compone de distintas manifestaciones, una sonrisa, ojos iluminados, caminar erguido, efusividad etc. No obstante, esto también depende del contexto en que se construye culturalmente las formas de nombrar, por ejemplo, en algunos contextos, una persona de cualidades físicas como contextura gruesa, grande, de caminar pesado, puede ser nombrado como una persona con bienestar y buena fortuna, mientras que en otros contextos estas mismas cualidades pueden ser enunciadas como enfermedad (obesidad). En cada caso se tiene una perspectiva situada y legitimada por las creencias construidas socialmente.

La salud así entendida se ha abierto camino desde los enfoques explicativos, hacia enfoques integradores con propósitos comprensivos y transformativos de la realidad socialmente construida, a través de enfoques participativos y comunitarios en campos desde las organizaciones sociales, los y las curanderas tradicionales, la agencia ciudadana, las ciencias sociales y humanas, las artes y hasta las distintas profesiones y especialidades en salud. Atravesándose así, una transformación histórica en los conocimientos, los saberes, los discursos y las prácticas en salud que favorece la integración y el dialogo de saberes en personas y colectivos sobre las distintas formas de vivir, cuidarse y morir.

A donde fueres haz lo que vieres... ¿Para qué entender al otro en la PS?

Comprender la dimensión sociocultural de un colectivo, se torna en un proceso de construcción asociativa de información, significados, prácticas, costumbres, sueños, lenguajes de contextos específicos. Dichos conjuntos de asociaciones son constantemente producidos, conservados, transmitidos y transformados históricamente, a través de la experiencia como un proceso dinámico y sensible (Araya. 2002) (Asbring. 2012), que establece los marcos de referencia que subyacen a los repertorios de acciones, relaciones y prácticas de la comunidad respecto a su construcción de salud. De esta necesidad surge la relevancia de indagar acerca de los sentidos de la vida cotidiana que alimentan la manera como las personas piensan, sienten y actúan en torno a la Salud. En otras palabras, las formas como a las personas les gusta vivir.

La salud es un constructo sociocultural e histórico complejo con potencial transformador de la realidad social.

El estudio sociocultural posibilita la comprensión de un contexto específico, en relación con niveles culturales estructurales más amplios (Carrada. 2002). De esta manera, es posible comprender elementos como las opiniones, percepciones, imágenes, símbolos, corporeidades creencias y valores, entre otros, de las personas y colectivos en las realidades de su respectiva vida cotidiana (Araya. 2002) (Banchs. 2000) (Ibañez. 1996) (Jodelet. 2008). Al igual que aspectos más amplios en relación con saberes, ideologías, poderes y estructuras sociales que se vinculan a cada contexto particular. En otras palabras, permiten entender

cómo se despliega la construcción social de la realidad en los individuos y los colectivos (Moscovici. 1984). Lo anterior se refleja en procesos cotidianos de experiencia, que enmarcan las asociaciones de sentido que configuran un repertorio de acciones para la vida y la salud (creencias, prácticas, emociones, miedos y demás mediadores representacionales de la acción). Estos procesos se dan en un entramado intersubjetivo, por medio del percibir, sentir, razonar y actuar. (Alarcón, et. al. 2003). En otras palabras, se trata de comprender las distinciones que permiten el proceso de construcción de realidad, en la medida en que cada sujeto, desde su contexto y recursos, asocia determinado objeto en un espacio de interacción entre lo material-externo y lo personal-interno, enmarcado en un contexto de asociaciones culturales (Jodelet. 2008).

Ahora bien, -todo gran poder conllevar una gran responsabilidad-, comprender las dimensiones complejas de una cultura en torno a su Salud, podría generar grandes aportes para la generación de programas y políticas institucionales, locales y nacionales de alta aceptación y coherencia intercultural (Duque-Páramo. 2007). Esto es, políticas públicas en salud equitativas, diversas, justas y empáticas con otras formas de ver y vivir los mundos.

¿Dónde está la cultura en los enfoques de PS?

La promoción de la salud y los estudios socioculturales

A lo largo de un proceso enmarcado en actos internacionales como la declaración de Alma ata, la Carta de Ottawa, la declaración de Caracas o la declaración de Bogotá, entre otras, se fija como prioridad orientar políticas dirigidas a empoderar, a las personas y las comunidades, de los medios necesarios para mantener y mejorar la salud como estrategia para disminuir la carga de trastornos mundiales y combatir los determinantes sociales de la salud (OPS. 2006). En esta tendencia histórica, han emergido diversas líneas de fuga en torno a la creación de sujetos (Di Leo. 2009), organizaciones, saberes, dispositivos y estructuras que apunten a la emancipación, el desarrollo integral, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos humanos y el bienestar, entre otras. Éstas han emergido en torno al modelo de saber/poder del discurso “Saludable” en el campo de la promoción de la salud. Así mismo, esfuerzos relevantes en diversas áreas de la sociedad se han aunado a esta iniciativa de la

comunidad global: entornos laborales, espacio público, ciudades e instituciones educativas y universidades saludables, entre otras.

Como base de dicho contexto, la promoción de la salud como estrategia, se ha configurado como discurso relevante y valioso, con un potencial de carácter político y transformador. Sin embargo, la distancia entre creencias y prácticas evidencia una brecha en el marco de los discursos y las formas como éstos se ponen en juego sobre una realidad. Es así como un discurso tiende a reproducirse a sí mismo separándose de su contexto.

En el modelo de Promoción de la Salud (PS), el uso de algunos conceptos se encuentra transversalizado por los procesos ideológicos de dominación (Chapela. 2006), que al ser reproducidos pueden generar efectos contra-intuitivos en la problemática a abordar. Por ejemplo, el uso del concepto *empoderar* como traducción inadecuada de *empowerment*, se orienta a significar un proceso mediante el cual un actor externo al sujeto le otorga o devuelve el poder sobre o para algo, indicando desde esta comprensión acciones jerárquicas sobre las comunidades, a manera de un nuevo proceso de intervención jerárquico-institucional (de arriba a abajo) (Chapela. 2006), que eventualmente podrá ir en contra de las condiciones culturales de cada contexto particular.

El estudio de conceptos como autocuidado y estilos de vida, permiten evidenciar factores relevantes, pero no suficientes para dar cuenta de un fenómeno complejo. Respecto a lo anterior, Chaufan, Yeh, Leslie & Patrick (2015). llevaron a cabo investigaciones respecto a los determinantes de la salud en la infancia. Ellos identificaron cómo algunos conceptos y dimensiones de los estilos de vida, por ejemplo, la promoción de hábitos alimenticios o el nivel de actividad física, contribuyen a simplificar la complejidad del fenómeno y desconocen las condiciones estructurales de una problemática social como la obesidad y sus relaciones con dimensiones como la desigualdad y la pobreza. Por tanto, dicha comprensión simplificada de la realidad limita los alcances, las acciones y los objetivos de las acciones en promoción de conceptos como el autocuidado y los estilos de vida.

Chapela (2006) señala que el enfoque de promoción de la salud ha adoptado dos posiciones reconocidas: una paternalista/asistencialista y otra, romántico/idealista. Estas posturas han sido favorecedoras del desapoderamiento como resultado contra-intuitivo; la primera, por su tendencia a confundir causas con consecuencias, de modo tal que ataca manifestaciones como, por ejemplo, la mortalidad infantil por desnutrición, con ayudas

alimenticias, sin comprender ni transformar las condiciones materiales que soportan estructuralmente una consecuencia de la pobreza; la segunda, por ser la construcción chata de expertos que desconocen la realidad en cuanto a problemáticas, necesidades y potencialidades de sujeto y comunidades particulares, y tienden a sostener miradas medicalizadas y fragmentadas, centradas en el cuerpo físico y en la enfermedad (Chapela. 2006, 2014). Al estar orientado desde el conocimiento producido y transmitido por expertos, se tiende a desplazar y olvidar los saberes de los sujetos y comunidades desde discursos y prácticas medicalizadas que no les pertenecen, violentando y limitando el desarrollo de saberes y prácticas locales.

Como menciona Chapela, “La omnipresencia y el efecto del discurso médico sobre los cuerpos y su desconocimiento del cuerpo revelan la importancia de considerar al cuerpo/significado para definir la salud” (p. 9. 2006). Se evidencia así la manera en la que el discurso médico se ha apropiado del sujeto en su forma de cliente, lo ha desarticulado en sus dimensiones desde la enajenación de su salud y sujetado ante la pérdida de la soberanía sobre la relación consigo mismo, con los otros y con su entorno. Desde este abordaje de la salud no se ahonda en las estructuras y procesos relacionados con la reproducción de la inequidad, por lo que las líneas de intervención no se orientan desde una comprensión compleja del fenómeno y, por tanto, no permiten orientar acciones planeadas y efectivas sobre el mismo.

La comprensión de lo que es o no es salud y por tanto las formas de promocionarla han cambiado en tiempo y lugar.

A partir de la crítica a este enfoque, se sugieren reflexiones sobre la promoción de la salud, sus saberes y prácticas en el ejercicio comunitario como alternativa al discurso médico, es decir, un abordaje de la salud que vincule al sujeto, con sus relaciones, saberes, prácticas y el propio cuerpo (Chapela. 2006, 2014, 2015). Se pretende favorecer de esta manera la resignificación del sujeto-cliente del entorno de la salud o la educación, para devenir en sujeto apropiado de sus procesos de salud-enfermedad-cuidado en su vida cotidiana y en su propio contexto. Por esta razón, se hace necesario el estudio y la comprensión de las condiciones culturales de donde han devenido y que soportan prácticas fragmentadas en salud, y así favorecer la toma de decisiones informadas acorde a los contextos culturales específicos. Un

ejemplo de esta desconexión entre las acciones en salud y el contexto sociocultural son los programas de alimentación saludable que recomiendan el consumo de determinados alimentos acordes a tablas nutricionales de expertos, verbigracia, la recomendación de consumir salmón cada determinado tiempo, pero que no tienen en cuenta las condiciones socioeconómicas que posibilitan, o no, el acceso a ese alimento para determinadas clases sociales.

Así pues, la promoción de la salud requiere transformaciones y aportes que permitan comprender el lugar cultural específico y dar paso al potencial emancipatorio de cada sujeto y comunidad (Chapela. 2006, 2014, 2015). Es por esto que se hace relevante la comprensión amplia y profunda de las formas socioculturales de una comunidad específica. De esta manera se contribuye a la configuración de procesos centrados en las comunidades –con y desde las bases– y el diseño de programas, planes, modelos y políticas en Salud que respondan con coherencia cultural a los fenómenos de la realidad social (Molina & Cabrera. 2008).

El proceso de transformación cultural en salud exige movilizar recursos y generar acciones multidimensionales entre la institución y su comunidad, en términos de ajustes en normatividad, currículos, investigaciones, procesos participativos y abordajes integrales. Para cumplir con este objetivo, es necesario asegurar la comprensión de los modelos socioculturales que soportan los procesos y estructuras sociales, lo que contribuye a hacer más efectivas y eficientes las acciones en PS desde abordajes alternativos y alterativos (Agudelo. 2017). De allí la relevancia de ahondar en la co-producción de saberes que sigan la ruta de entender las culturas como condición de necesidad y posibilidad para la PS. En este entramado tiene lugar la ocurrencia de los fenómenos en la vida vinculados a la salud, en donde es posible identificar agencias hegemónicas, abrir acceso a recursos para cambiar las marcas corporales y de significado y el desarrollo de capacidades humanas (Chapela. 2006, 2015).

Todos y todas podemos promocionar la salud en cada contexto, con cada saber y sabor.

Este marco de sentido para hablar de la salud y la PS desde aproximaciones socio-culturales, si bien es importante, es apenas una dimensión de un fenómeno complejo. Vincular esta dimensión a enfoques PS sea cual sea su particularidad, contribuye a hacer del campo y de las acciones en este, un conjunto de saberes que promueven las equidades, el cuidado, la no violencia, el reconocimiento del otro y de sus saberes, la promoción y construcción de formas de vida alternativas y alterativas (Agudelo. 2017) para presentes y futuros gozables para todos y para todas.

Link's a experiencias

El facilitador intercultural

https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/%25f/agora/files/05._el_facilitador_inter_cultural.pdf

Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400023

Experiencias de salud intecultural el Potosí

<https://www.aicslapaz.com/2013/wp-content/themes/pdf/it/7/5/parte2.pdf>

Parteras del Pacífico dialogan con el sistema de salud

<https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/parteras-del-pacifico-dialogan-con-el-sistema-de-salud/>

Las parteras, en el centro de la nueva estrategia de salud reproductiva de Somalia

https://www.who.int/features/2013/somalia_skilled_birth_attendants/es/

Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000300005

Por un futuro mejor: programa de promoción de la salud para afrodescendientes

<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/239/523>

Video-documental: salud mental en foco

<https://drive.google.com/file/d/0Bzy1DHVxDmXJLVFidFJfY2hfZTQ/view?usp=sharingEstudio>

Estudio cultural en salud mental para el diseño de dispositivos saludables en contexto universitario

https://drive.google.com/file/d/13ejSRqHMQTdbrfDU2kcTX_hLMG70E/view?usp=sharing

Programa de radio – Estudio cultural y Universidad saludable

https://drive.google.com/file/d/1iIZJnWUcMVYoqBLT20C2HJXtMVE_Q8Rd/view?usp=sharing

Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos

<https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n1/109-118/es/>

Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano

<https://www.redalyc.org/pdf/1690/169013838010.pdf>

Metodologías inductivas interculturales para una pedagogía decolonial

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2019000100003

Si quieres hacer promoción de la salud con un enfoque sociocultural ten en cuenta:

El punto de partida es la curiosidad por lo que pasa en el contexto

Ten siempre en cuenta la voz y toma de decisiones de los involucrados... no tengas miedo de no saber, pregúntale a la gente que quiere que le gusta, que sueña, a que le teme....

Rescata tus saberes y los de tus abuelos... todos sabemos algo que ayuda a vivir

Encuétrate con la gente, escúchalos, empieza contigo, con tu familia...

Aprovecha las practicas que tengas a la mano, el tejido, la fotografía, un café para conversar, las historias de las personas, cuentos u otras narrativas...

Incentiva procesos participativos desde los saberes de las comunidades para que las personas compartan los saberes de sus comunidades, recetas de la abuela, formas de cuidado cotidiano, prácticas familiares, sensaciones, creencias de lo que hace bien etc.

Obsérvate, conoce tu propio contexto para que sepas con que marco observas y construyes a los otros

Conoce, reflexiona y enriquece tu mirada del mundo, de ti mismo y de los otros

Permanece siempre curioso, permanece siempre dispuesto

Recuerda: Al final cada encuentro humano autentico, sincero, sin juicio, con interés genuino por el otro, orientado por la escucha y el cuidado es siempre saludable.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, A. (2016) Fobopolítica. Rúbricas de una gubernamentalidad contemporánea. Centro de estudios avanzados en niñez y juventud universidad de manizales – cinde doctorado en ciencias sociales. Niñez y juventud. Manizales. Tesis Doctoral.
http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2817/Tesis%20AlexandraAgudelo_Fobopol%C3%ADtica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alarcón, A.; Vidal, A., y Neira, J. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Åsbring, P. (2012) Words about body and soul: social representations relating to health and illness. *Journal of health psychology*. vol. 17(8):1110.
- Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representation*, 9, 1-15.
http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf
- Carrada, T. (2002). La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(3), 203-211.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im023e.pdf>
- Chapela, MC (2006). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Guinsberg E, Jarillo E. La salud colectiva en México. Temas y desafíos. Argentina: Lugar Editorial.
- Chapela MC. (2008) 5 errores frecuentes en el trabajo de promoción de la salud. *Rev. Dela UACM Manovuelta*. [Internet] 2008. 3 (8); 28-32. Disponible en http://www.terceridad.net/sc3/Por_Tema/1_Comunidad_Si-1_No/Apoyo_2/Chapela%20Ma.%20del%20Consuelo,%20Cinco%20errores%20frecuentes

%20en%20el%20Trabajo%20de%20Promoci%F3n%20de%20la%20Salud%20pp.%2027%20-2033.pdf

Chapela MC. (2014) Desafíos Metodológicos de la Investigación Cualitativa en Salud: Remontar La Corporeización Positivista Para Mejorar La Salud. Forum Sociológico [Internet]. 24; 55-62. DOI: 10.4000/sociologico.1051

Chapela, MC. (2015) Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores. En Promoción de la salud de la mujer adulta mayor. México: Institute Nacional de Geriatria.

Chaufan C. Yeh J. Leslie R Patrick F. (2015) You can't walk or bike yourself out of the health effects of poverty: active school transport, child obesity, and blind spots in the public health literature. Critical Public Health [internet]. Vol. 25 (1); 32-47. <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2014.920078>

Di Leo, P. F. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: Constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud Colectiva*, 5(3), 377-389. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.241>

Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 123-138. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1590/1014>

Durán, E. (1998). Definición del concepto de salud. *Manual de Psicología de la Salud*. España: Pirámide.

Foucault, M. (2008a). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2008b). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Ibáñez, T. (1996). Teoría de las representaciones sociales. *Fluctuaciones conceptuales en torno a la posmodernidad y la psicología*. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación.

Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 5(3), 32-63.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v3n5/v3n5a2.pdf>

Melchior, M.; Chastang, J.F.; Falissard, B.; Galéra, C.; Tremblay, R. E.; Côté, S. M., y Boivin, M. (2012). Food Insecurity and Children's Mental Health: A Prospective Birth Cohort Study. *PLOS ONE*, 7(12), e52615.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052615>

Molina, G., y Cabrera, G. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*.

Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://old.clad.org/otras-publicaciones/politicas-publicas-en-salud-aproximacion-a-un-analisis>

Moscovici, S. (1984). *Psicología social II. Pensamiento y vida social: Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Organización Panamericana de la Salud, Ministerios de la Protección Social, E, Ambiente, Vivienda, Desarrollo Territorial. (2006) Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables: Escuela Saludable y Vivienda Saludable.