

Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto

Lifestyles: from the individual to the context

Luz S. Álvarez C.¹

¹ Doctorado y Maestría en salud pública, nutricionista dietista, docente Escuela de Nutrición y Dietética Universidad de Antioquia. Correo electrónico: luzalvarez49@yahoo.com.

Recibido: 2 de Febrero de 2011. Aprobado: 01 de enero de 2012.

Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 95-101

Resumen

Los estilos de vida han sido estudiados por varias disciplinas como la sociología, la antropología y la epidemiología. El origen del término y los mayores desarrollos conceptuales se han formulado en el campo de las ciencias socioculturales, para las que los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales sobre los que la estructura social ejerce una influencia considerable. La epidemiología ha hecho un uso extensivo del concepto de estilos de vida y salud pero con un significado restrictivo, asociándolo a las conductas que los individuos de manera racional asumen y que pueden ser riesgosas para su salud. En este artículo se reflexiona sobre rasgos comunes que caracterizan algunas de las investigaciones en el campo

de la epidemiología sobre estilos de vida, en relación con el padecimiento de algunas enfermedades, que han sido publicadas recientemente. Se concluye un viraje hacia consideraciones contextuales que superan la mirada estrictamente individual de los estilos de vida y la salud. Sin embargo, se requiere mayor anclaje en los aportes de otras disciplinas, especialmente de las ciencias sociales y unos referentes conceptuales más claros para vincular las decisiones individuales con las posibilidades o restricciones del contexto.

-----*Palabras clave:* estilo de vida en salud, conducta de salud, condiciones sociales, calidad de vida, equidad en salud.

Abstract

Lifestyles have been studied by different disciplines such as sociology, anthropology, and epidemiology. Both the term and the greatest developments in this regard stem from the social and cultural sciences, which consider lifestyles as group behavior patterns upon which social structure has remarkable influence. Epidemiology has used the concepts of lifestyle and health extensively, but with a more restricted meaning, associating it with behaviors that people assume in a rational way and that can be hazardous for their health. In this paper we analyze some common traits of recently published studies

on lifestyle in regards to the suffering of some diseases. We conclude that a shift toward contextual considerations can be observed. Such considerations overcome the strictly individual perspective regarding lifestyles and health. Nevertheless, additional insight from other disciplines, especially from the social sciences, is required. Likewise, theoretical frameworks linking individual decisions to contextual constraints or possibilities are needed.

-----*Keywords:* health-related lifestyles, health behaviors, social conditions, life quality, health equity.

Introducción

Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica y la epidemiología, aunque con significados diferenciados [1]. Según Menéndez, en sus orígenes el término fue aplicado por las ciencias sociohistóricas al análisis sobre los comportamientos sociales y culturales de diversos grupos, incluyendo clases sociales y grupos nacionales, los cuales hacen referencia a contextos de orden macrosocial [2].

Entre fines del siglo XIX y principios del XX el descubrimiento de las funciones de la cultura, condujo a generar conceptos que trataron de interpretarla en términos holísticos o a comprender algunos aspectos de la realidad pero siempre articulados a la totalidad constituida por cada cultura. Uno de esos conceptos es el estilo de vida [2].

Desde la sociología, se han hecho relevantes contribuciones al estudio de los estilos de vida. Max Weber en su texto *Economía y sociedad* planteó la discusión sobre estilos de vida y estatus social. Anteriormente, Karl Marx había sostenido que la posición social de una persona es determinada exclusivamente por su grado de acceso a los medios de producción. Según Marx, la posición de una persona en la estructura de clases, resulta estrictamente de la cantidad de bienes sociales sobre los que tiene control. Para Weber, sin embargo, el estatus, el prestigio y el poder son también determinantes de la posición social: una clase social se refiere a personas que comparten circunstancias materiales similares, así como prestigio, educación e influencia política y sus miembros comparten un estilo de vida similar. De hecho, un particular estilo de vida es lo que realmente diferencia a un grupo de otro. Weber también hizo la distinción en cuanto a que los estilos de vida no se basan en lo que la persona produce, sino en lo que usa o consume; por lo tanto, los estilos de vida no están basados en la relación con los medios de producción sino con los de consumo [3].

También en el campo de la sociología, una de las contribuciones más significativas al estudio de los estilos de vida en particular aplicado al campo de la salud, fue formulada por Bourdieu, quien analizó los hábitos alimentarios y las preferencias deportivas a las que denominó *habitus*, definidos como un *set* de disposiciones durables para actuar de maneras específicas. Según Bourdieu, las personas de una misma clase social tienden a compartir los mismos estilos de vida, tales como los gustos por ciertos alimentos, deportes o hobbies porque tienen las mismas oportunidades. Los hábitos se alinean con las aspiraciones y expectativas individuales para corresponder con las posibilidades objetivas para alcanzarlos [3].

En el campo de la epidemiología y la salud pública, según Menéndez, la corriente epidemiológica más anclada en la biomedicina empezó a usar el término estilos de vida y salud desde las décadas de 1950 y 1960, para referirse casi exclusivamente a comportamientos de índole individual que están vinculados con las enfermedades crónicas, sin tener en cuenta el análisis de las enfermedades infectocontagiosas, con excepción del VIH/sida. Posteriormente, esta corriente epidemiológica de corte más positivista ha venido vinculando los estilos de vida con la noción de riesgo o factores de riesgo, que pone el acento en la responsabilidad de los individuos sobre su salud [2].

Diversos autores han insistido en que en la corriente epidemiológica hegemónica, la tendencia dominante en los últimos años ha sido la de poner énfasis en el espacio de acción y de decisión que tienen los individuos sobre sus estilos de vida, denominado *agencia*, en detrimento de los análisis que privilegian el papel de las estructuras sociales en la configuración de las decisiones en salud que toman los individuos y los grupos [4, 5].

Cockerham, en el campo de la sociología médica, ha propuesto una teoría para el estudio de los estilos de vida en salud, que parte de la necesidad de establecer una convergencia entre la agencia y la estructura, al tomar como fundamento las teorías de Weber y Bourdieu. Es así como, según Cockerham, los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan; en esta propuesta se incorpora claramente una relación dialéctica entre las opciones de vida (*life choices*) y las oportunidades de vida (*life chances*) que originalmente fue propuesta por Weber en su teoría sobre estilos de vida [4]. Su propuesta se fundamenta en los elementos de la estructura que junto con los de la agencia dan forma a los estilos de vida. Los elementos estructurales son: las circunstancias de clase, las colectividades, la edad, el género y la etnia y las condiciones de vida. Ellos generan las oportunidades de vida (*life chances*). Por su parte, la *agencia*, en tanto se trata de las opciones de vida (*life choices*), está condicionada por la socialización y la experiencia de los individuos.

Según el autor referido, las circunstancias de clase son probablemente las que ejercen una influencia más poderosa: son ampliamente reconocidas las diferencias en materia de preferencias alimentarias, prácticas de cuidado de la salud, actividad física entre las clases sociales. La edad, el género y la etnia tienen un rol fundamental por las desventajas socialmente determinadas que sufren algunos grupos en algunos contextos. Las co-

lectividades se refieren a grupos específicos de personas vinculadas por relaciones particulares como afinidades, trabajo, profesión, religión, valores, ideales, capaces de influenciar los estilos de vida de sus miembros. La socialización tanto primaria (que se da en la familia) como secundaria (en los grupos sociales) como la experiencia moldean las decisiones de los individuos y constituyen el principal sustrato para la agencia, que como se mencionó, se refiere a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con la iniciativa individual [4].

Al analizar la literatura sobre estilos de vida y salud, publicada recientemente en las principales bases de datos académicas, es posible establecer ciertos rasgos o características comunes a los estudios publicados. Es necesario de antemano precisar que en estas bases circula mayoritariamente lo que se produce en el campo de la “epidemiología hegemónica” que es la de mayor difusión en la literatura académica internacional*. Por epidemiología hegemónica se entiende, en palabras de Krieger, la noción dominante entre investigadores y académicos y que se fundamenta especialmente en los conceptos de la biología y en el estudio del comportamiento individual [6, 7].

El análisis de la literatura muestra que los estilos de vida son una preocupación no sólo para el mundo académico, sino también para los formuladores de políticas públicas en salud. La constatación de que existe una relación entre algunos hábitos y entre la exposición a circunstancias riesgosas en un momento determinado o durante el transcurso de la vida, junto con el desarrollo de las enfermedades crónicas más prevalentes, ha favorecido la proliferación de investigaciones en este campo. Se observa, además, un número creciente de investigaciones que evalúan estrategias de intervención para la modificación de ciertos hábitos con el objetivo de prevenir patologías específicas, y de promoción de lo que se denomina usualmente como estilos de vida saludables.

Es posible afirmar que las investigaciones sobre estilos de vida se circunscriben principalmente a las enfermedades crónicas no transmisibles y, en particular, a patologías como obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, síndrome metabólico, y enfermedad cardiovascular. La obesidad es tal vez la patología más investigada recientemente y los comportamientos más estudiados son los hábitos alimentarios, la actividad física y el tabaquismo [8-62].

En menor medida se encuentran estudios que relacionan algunas conductas como los hábitos de sueño, el alcoholismo, el tabaquismo y los hábitos alimentarios

con problemas como la enfermedad mental, la depresión y el suicidio. De igual forma, algunos estudios analizan la relación entre los estilos de vida y la aparición de conductas sicóticas [63-69].

Actualmente se evidencia una transformación de la óptica desde la cual se estudian los estilos de vida. De cierta manera, se puede observar un paso de la perspectiva individual la “agencia” que se focaliza en el comportamiento de las personas y asume que los estilos de vida son una decisión racional que compete exclusivamente al ámbito personal, para dar paso a una perspectiva que indaga por las condiciones materiales, sociales y culturales que favorecen la adopción de los comportamientos. Se podría afirmar que hay una mirada un poco más contextual o “estructural” de los estilos de vida [2-4].

Un énfasis de los estudios actuales es la relación entre los estilos de vida y el estatus socioeconómico usualmente medido por indicadores relacionados con el nivel educativo, los ingresos y la ocupación de las personas. Es decir, la relación entre condiciones sociales y estilos de vida. Sin duda, hay un consenso entre los investigadores del tema, en el sentido que estas circunstancias afectan en buena medida los hábitos, los conocimientos en salud y, además, condicionan la probabilidad de transformar el conocimiento en acciones concretas.

Este paso de una perspectiva individual a una más social constituye un avance significativo al menos en dos sentidos: en primer lugar, no se parte de responsabilizar a los individuos por su mala salud, y en segundo, se busca indagar por la distribución inequitativa de los riesgos para la salud, que refleja y produce desigualdades sociales que afectan generalmente a los más pobres o a quienes por alguna razón carecen de suficiente poder económico y político. De hecho, una perspectiva que consulte la estructura social apela a develar por qué las personas con menores ingresos, menores niveles educativos, o que pertenecen a ciertos grupos étnicos son las que menores oportunidades tienen de optar por estilos de vida que protejan su salud y/o viven en condiciones que implican mayores riesgos físicos y psicológicos.

También se destaca un número significativo de los llamados análisis contextuales. Aunque su uso no es siempre el mismo, podríamos decir que ese tipo de estudios se caracterizan por considerar que el territorio y las relaciones que en él se construyen juegan un papel decisivo en la configuración de los hábitos y costumbres, en las posibilidades de transformar la información en acciones de salud y en el tipo de respuesta ofrecida

* Esta reflexión se fundamenta en una revisión de estudios publicados en las bases de datos PUBMED y BIREME entre 2005 y 2010.

cuando la enfermedad se produce. Por eso los análisis contextuales apelan a considerar no sólo las características sociales que se materializan en los individuales (nivel educativo, ingreso, ocupación), sino, especialmente, las circunstancias de las áreas geográficas que los individuos habitan tales como los índices de pobreza, los niveles de criminalidad y el promedio de ingresos de los vecindarios, tomados como una unidad de análisis, en lugar de la suma de las condiciones particulares de quienes viven en ellos. Por ejemplo, en análisis relacionados con la práctica de actividad física o con el patrón alimentario, los análisis contextuales llaman la atención sobre las oportunidades reales que el vecindario ofrece a quienes lo habitan para adquirir alimentación balanceada o para practicar algún deporte o una actividad recreativa. De esta manera, se supera la explicación desde el individuo para dar paso a explicaciones más estructurales sobre los estilos de vida.

El análisis contextual no sólo parte del efecto del medioambiente físico, sino también busca comprender la relación entre las redes sociales y las relaciones configuradas en los territorios y la situación de salud de sus habitantes. De esta manera, condiciones como la segregación espacial, la discriminación, la ausencia de reconocimiento, la autopercepción de exclusión que sufren quienes viven en ciertos espacios específicos, y sus efectos sobre la salud, pueden convertirse en problemas específicos de investigación [70].

A pesar del avance destacado hasta ahora en los dos sentidos mencionados: el paso hacia un análisis más estructural de los estilos de vida y hacia una mirada contextual de los hábitos y los riesgos para la salud, conviene señalar algunos elementos que a nuestro juicio limitan los alcances de los estudios sobre estilos de vida y salud:

— Escasa reflexión teórica sobre cómo se construyen los estilos de vida. Resulta desafortunado que el uso de ciertos conceptos y de técnicas estadísticas sofisticadas, como por ejemplo los análisis multinivel, no están acompañados en algunas de las investigaciones por un marco teórico que los sustente. Aún, en estudios denominados contextuales, en los que se confronta el rol de condiciones individuales como el sexo o el nivel educativo con condiciones contextuales como el vecindario, carecen de supuestos teóricos que vinculen los individuos con sus contextos. De esta manera, los análisis sobre las condiciones materiales de vida parecen una extensión del análisis individual, las condiciones socioeconómicas parecen creadas en el vacío, no debido a procesos históricos específicos ni a fuerzas sociales que las configuran.

Como consecuencia, los territorios son vistos como espacios geográficos que contienen un agregado de personas, por lo que se pierde el potencial de su comprensión como espacio socialmente construido.

— Escasa incorporación de referentes provenientes de otras ciencias y disciplinas que aportan conocimiento sobre la relación entre la estructura social y las decisiones individuales. Como lo señalamos anteriormente, algunas corrientes de la antropología, la sociología en general y de la sociología médica en particular [1-4, 71, 72, 73] epidemiólogos europeos y norteamericanos [74-76] han hecho contribuciones considerables al estudio del origen y la distribución social de la salud y la enfermedad. También es relevante la producción epistemológica de autores latinoamericanos [77-79] quienes estudian las condiciones de producción y reproducción del capitalismo en nuestro continente y sus efectos sobre las condiciones de enfermedad y muerte en la población.

Al vincular las decisiones individuales al contexto en que se desarrolla la vida de las personas no es posible dejar de plantear una visión sobre la distribución de los bienes materiales y no materiales como los estilos de vida y sus efectos sobre la salud de las personas. Al carecer de estos elementos de análisis, algunas investigaciones constriñen sus alcances a los límites de la epidemiología y en particular a lo que pueda ser demostrado con las herramientas estadísticas.

Como consecuencia de lo anterior, algunas de las investigaciones sobre estilos de vida que parten sin un referente teórico explícito sobre la conexión entre las decisiones individuales y las estructuras sociales terminan en el tercer elemento que queremos destacar: la dificultad para crear modelos explicativos entre los constructos analizados. Se buscan asociaciones entre variables sin que haya una sustentación clara de la pregunta de investigación que las orienta. Es abundante, por ejemplo, la literatura en que se establecen relaciones entre el capital social: redes, soporte social, con la práctica de ciertos estilos de vida, sin que se establezca una posible teoría sobre las posibles formas y dinámicas de esa asociación.

En síntesis, para el avance en este campo temático convendría una mayor claridad en las preguntas y posibles relaciones entre constructos que guían los estudios. Igualmente, convendría una mayor consulta a las particularidades de cada territorio, su historia y las fuerzas sociales que lo han configurado pues las explicaciones y posibles asociaciones con los estilos de vida y con las condiciones de salud pueden ser muy diferentes, dependiendo de cada contexto.

Referencias

- 1 Cockerham W, Rütten A, Abel T. Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving beyond Weber. *Sociol Quart.* 1997; 38(2): 321-342.
- 2 Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. p: 109.
- 3 Cockerham W. *Medical sociology.* 11 ed. New Jersey: Prentice Hall; 2009. p: 119.
- 4 Cockerham W. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav.* 2005; 46(1): 51-67.
- 5 De Almeida Filho-N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
- 6 Samaja JA, Galende E. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- 7 Krieger N. *Epidemiology and the people's health. Theory and context.* Oxford University Press. 2011; 40(4): 1130-1132.
- 8 Amarasinghe A, D'Souza G, Brown C, Hyungna OH, Borisova T. The influence of socioeconomic and environmental determinants on health and obesity: a West Virginia case study. *Int J Environ Res Public Health.* 2009; 6(8): 2271-2287.
- 9 Auchincloss AH, Diez AV, Mujahid MS, Shen M, Bertoni AG, Carnethon MR. Neighborhood resources for physical activity and healthy foods and incidence of type 2 diabetes mellitus: the Multi-Ethnic study of Atherosclerosis. *Arch Intern Med.* 2009; 169(18): 1698-1704.
- 10 Chan RH, Gordon NF, Chong A, Alter DA. Influence of socioeconomic status on lifestyle behavior modifications among survivors of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2008; 102(12): 1583-1588.
- 11 Ensminger ME, Smith KC, Juon HS, Pearson JL, Robertson JA. Women, smoking, and social disadvantage over the life course: a longitudinal study of African American women. *Drug Alcohol Depend.* 2009; 104 (1 Suppl): 34-41.
- 12 Glass TA, Rasmussen M, Schwartz BS. Neighborhoods and Obesity in Older Adults: The Baltimore Memory Study. *Am J Prev Med.* 2006; 31(6): 455-463.
- 13 Glymour MM, Avendaño M, Haas S, Berkman LF. Lifecourse social conditions and racial disparities in incidence of first stroke. *Ann Epidemiol.* 2008; 18(12): 904-912.
- 14 Hyman I, Fenta H, Noh S. Gender and the smoking behaviour of Ethiopian immigrants in Toronto. *Chronic Dis Can.* 2008; 28(4): 121-127.
- 15 Kaiser BL, Brown RL, Baumann LC. Perceived influences on physical activity and diet in low-income adults from two rural counties. *Nurs Res.* 2010; 59(1): 67-75.
- 16 Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, Zambon A, Dalmaso P, Lazzeri G, et al. Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Med Sci Sports Exerc.* 2009; 41(4): 749-756.
- 17 Kovács VA, Gábor A, Fajcsák Z, Martos E. Sport habits and sedentary lifestyle among elementary school children in Obuda, Hungary. *Orv Hetil.* 2010; 151(16): 652-658.
- 18 Fairclough SJ, Boddy LM, Hackett AF, Stratton G. Associations between children's socioeconomic status, weight status, and sex, with screen-based sedentary behaviours and sport participation. *Int J Pediatr Obes.* 2009; 4(4): 299-305.
- 19 Kaewthummanukul T, Brown KC. Determinants of employee participation in physical activity: critical review of the literature. *AAOHN J.* 2006; 54(6): 249-261.
- 20 Sanabria PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med.* 2007; 15(2): 207-217.
- 21 Ensminger ME, Smith KC, Juon HS, Pearson JL, Robertson JA. Women, smoking, and social disadvantage over the life course: a longitudinal study of African American women. *Drug Alcohol Depend.* 2009; 104(1 Suppl): 34-41.
- 22 Ball K, Timperio A, Salmon J, Giles-Corti B, Roberts R, Crawford D. Personal, social and environmental determinants of educational inequalities in walking: a multilevel study. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61: 108-114.
- 23 McLaren L, Godley J, MacNair IA. Social class, gender, and time use: implications for the social determinants of body weight? *Health Rep.* 2009; 20(4): 65-73.
- 24 Schmitz N, Nitka D, Garipey G, Malla A, Wang J, Boyer R, et al. Association between neighborhood-level deprivation and disability in a community sample of people with diabetes. *Diabetes Care.* 2009; 32(11): 1998-2004.
- 25 Anaya R, Arillo E, Sánchez LM, Lazcano E. Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud Pública de México.* 2006; 48: 17-29.
- 26 Ratner R, Sanabria J, Hernández P, Romero D, Atalah E. Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Rev Méd Chile.* 2008; 136: 1406-1414.
- 27 Sanabria PA, González LA, Urrego DZ. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med.* 2007; 15(2): 207-217.
- 28 Pérez L, Raigada J, Collins A, Alza SM, Felices A, Jiménez S, et al. Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú. *Acta Med Per.* 2008; 25 (4): 204-209.
- 29 Acosta M, Martínez M, Armas N, Hernández E, Dueñas A, Díaz M. Características diagnósticas sobre tabaquismo en trabajadores de una institución de salud. *Rev Cubana Enfermer.* 2006; 22(1): 1-7.
- 30 Tribess S, Virtuoso JS, Petroski EL. Factors associated with physical inactivity amongst elderly women in low-income communities. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2009; 11(1): 39-49.
- 31 Kleiser C, Schaffrath A, Mensink G, Prinz R, Kurth BM. Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS Study. *BMC Public Health.* 2009; 9: 46.
- 32 Lampert T. Smoking, physical inactivity, and obesity: associations with social status. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(1-2): 1-7.
- 33 Pérez F, Verbeke W, de Barcellos MD, Kehagia O, Chryssochoidis G, Scholderer J, et al. Food-related lifestyles and their association to obesity in five European countries. *Appetite* 2010; 54(1): 156-162.
- 34 Marcellini F, Giuli C, Papa R, Tirabassi G, Faloia E, Boscaro M, et al. Obesity and body mass index (BMI) in relation to life-style and psycho-social aspects. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49(1 suppl): 195-206.
- 35 Chaix B, Bean K, Leal C, Frédérique T, Havard S, Evans D, et al. Individual/neighborhood social factors and blood pressure in the

- RECORD Cohort Study: which risk factors explain the associations? *Hypertension*. 2010; 55(3): 617-618.
- 36 Escolar A. Social determinants vs. lifestyle in type 2 diabetes mellitus in Andalucía (Spain): difficulty in making ends meet or obesity? *Gac Sanit*. 2009; 23(5): 427-432.
- 37 Liaudat A. Obesidad y dietas: algunas controversias. *Evid actual práct Ambul*. 2008; 11(5): 147-148.
- 38 Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. *MEDISAN [revista en internet]* 2009 Julio-Agosto. [acceso 20 de enero de 2011]; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400011&lng=es&nrm=iso.
- 39 Amiri P, Ghofranipour F, Ahmadi F, Hosseinpanah F, Montazeri A, Jalali S, et al. Barriers to a healthy lifestyle among obese adolescents: a qualitative study from Iran. *Int J Public Health*. 2010; 56: 181-189.
- 40 Black JL, Macinko J. Neighborhoods and obesity. *Nutr Rev*. 2008; 66(1): 2-20.
- 41 Grujić V, Cvejín MM, Nikolić EA, Dragnić N, Jovanović VM, Kvrđić S, et al. Association between obesity and socioeconomic factors and lifestyle. *Vojnosanit Pregl*. 2009; 66 (9): 705-710.
- 42 Kontogianni MD, Farmaki AE, Vidra N, Sofrona S, Magkanari F, Yannakoulia M. Associations between lifestyle patterns and body mass index in a sample of Greek children and adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2010; 110(2): 215-221.
- 43 Fernander AF, Shavers VL, Hammons GJ. A biopsychosocial approach to examining tobacco-related health disparities among racially classified social groups. *Addiction*. 2007; 2: 43-57.
- 44 Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bahonar A, Mackie M, Sarafzadegan N. Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croat Med J*. 2009; 50(4): 380-386.
- 45 Lo AC, Soliman AS, Khaled HM, Aboelyazid A, Greenon JK. Lifestyle, occupational, and reproductive factors and risk of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53(5): 830-837.
- 46 Mullie P, Clarys P, Hulens M, Vansant G. Dietary patterns and socioeconomic position. *Eur J Clin Nutr*. 2010; 64(3): 231-238.
- 47 Hankonen N, Absetz P, Haukkala A, Uutela A. Socioeconomic status and psychosocial mechanisms of lifestyle change in a type 2 diabetes prevention trial. *Ann Behav Med*. 2009; 38(2): 160-165.
- 48 Gall SL, Jamrozik K, Blizzard L, Dwyer T, Venn A. Healthy lifestyles and cardiovascular risk profiles in young Australian adults: the Childhood Determinants of Adult Health Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009; 16(6): 684-689.
- 49 Lemelin ET, Diez AV, Franklin TG, Carnethon M, Lutsey PL, Ni H, et al. Life-course socioeconomic positions and subclinical atherosclerosis in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Soc Sci Med*. 2009; 68(3): 444-451.
- 50 McKenzie F, Jeffreys M. Do lifestyle or social factors explain ethnic/racial inequalities in breast cancer survival? *Epidemiol Rev*. 2009; 31: 52-66.
- 51 Navarro D, Céspedes I, Díaz S. Estilos de vida y salud ósea en mujeres de edad mediana. *Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]* 2008 septiembre-diciembre. [acceso 15 de diciembre de 2010]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300003&lng=es.
- 52 Surkan PJ, O'Donnell EM, Berkman LF, Peterson KE. Social ties in relation to health status of low-income Brazilian women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(12): 2049-2056.
- 53 Balia S, Jones AM. Mortality, lifestyle and socio-economic status. *J Health Econ*. 2008; 27(1): 1-26.
- 54 Pearce MS, Thomson WM, Walls AW, Steele JG. Lifecourse socio-economic mobility and oral health in middle age. *J Dent Res*. 2009; 88(10): 938-941.
- 55 Kumar S, Kumari A, Murarka S. Lifestyle factors in deteriorating male reproductive health. *Indian J Exp Biol*. 2009; 47(8): 615-624.
- 56 Kucienė R, Dulskienė V. Maternal socioeconomic and lifestyle factors during pregnancy and the risk of congenital heart defects. *Medicina (Kaunas)*. 2009; 45(11): 904-909.
- 57 Jansen PW, Tiemeier H, Looman CW, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA, et al. Explaining educational inequalities in birthweight: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2009; 23(3): 216-228.
- 58 Miloš ZM, Vlajinac HD, Radak DJ, Maksimović JM, Marinković JM, Jorga JB. Association of socioeconomic status measured by education and risk factors for carotid atherosclerosis: cross-sectional study. *Croat Med J*. 2008; 49(6): 824-831.
- 59 Galobardes B, Smith GD, Lynch JW. Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Ann Epidemiol*. 2006; 16(2): 91-104.
- 60 Pollitt RA, Rose KM, Kaufman JS. Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2005; 5: 7.
- 61 Hestbaek L, Korsholm L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. Does socioeconomic status in adolescence predict low back pain in adulthood? A repeated cross-sectional study of 4,771 Danish adolescents. *Eur Spine J*. 2008; 17(12): 1727-1734.
- 62 Kozyrskyj AL, Kendall GE, Jacoby P, Sly PD, Zubrick SR. Association between socioeconomic status and the development of asthma: analyses of income trajectories. *Am J Public Health*. 2010; 100(3): 540-546.
- 63 Falcón LM, Todorova I, Tucker K. Social support, life events, and psychological distress among the Puerto Rican population in the Boston area of the United States. *Aging Ment Health*. 2009; 13(6): 863-873.
- 64 Takada M, Suzuki A, Shima S, Inoue K, Kazukawa S, Hojoh M. Associations between lifestyle factors, working environment, depressive symptoms and suicidal ideation: a large-scale study in Japan. *Ind Health*. 2009; 47(6): 649-655.
- 65 Kawada T, Kuratomi Y, Kanai T. Lifestyle determinants of depressive feeling and a feeling of unhappiness among workers: a study in Japan. *Work*. 2009; 33(3): 255-260.
- 66 Morgan C, Fisher H, Hutchinson G, Kirkbride J, Craig TK, Morgan K, et al. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 119(3): 226-235.
- 67 Dalgard OS. Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors. *Int J Equity Health*. 2008; 7: 27.
- 68 Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén M, Nordström E, et al. Mental health symptoms in relation to socioeconomic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*. 2009; 20: 302.
- 69 Wilbur J, Zenk S, Wang E, Oh A, McDevitt J, Block D, et al. Neighborhood characteristics, adherence to walking, and depressive symptoms in midlife African American women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(8): 1201-1210.

- 70 Acevedo D, Lochner KA. Residential segregation and health. En: Kawachi I, Berkman LF. *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press; 2003. p. 265-287.
- 71 Bourdieu P. *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus; 1988.
- 72 Siegrist J. The social causation of health and illness. En: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, eds. *The handbook of social studies in health and medicine*. London: Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000. p. 100-114.
- 73 Kawachi I, Berkman LF. *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press; 2003. p. 265-87.
- 74 Krieger N. Researching critical questions on social justice and public health: an ecosocial perspective. In: Levy BS, Sidel VW (eds). *Social Injustice and Public Health*. New York: Oxford University Press; 2006: 460-479.
- 75 Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*. London: Times Books; 2004. p. 1-303.
- 76 Navarro V. *The political and social context of health*. New York: Baywood Publishing Company; 2004. p. 227-230.
- 77 Breilh J. Latin American Critical (“Social”) epidemiology: new settings for an old Dream. *Int J Epidemiol*. 2008; 37(4): 745-750.
- 78 Granda E. ¿Qué llamamos salud colectiva hoy? *Rev Cub Salud Pública*. 2004; 30(2): 148-159.
- 79 Laurell AC, Noriega EM, Loéz O, Martínez S. El trabajo como determinante de la enfermedad. *Cuad Med Soc*. 1991; 56: 17-33.