

Autopercepción del estado de salud familiar en un área metropolitana de Bucaramanga

Family self-rated health in a metropolitan area of Bucaramanga

Elveny Laguado Jaimes ; Laura Paola Caballero Díaz

Universidad Cooperativa de Colombia Sede: Bucaramanga, Colombia.

RESUMEN

Introducción: como sistema abierto transformable ante los cambios, elemento estructural y fundamental de la sociedad, la familia desarrolla y cumple funciones a través de subsistemas formados por generación, sexo, interés y función; según las influencias positivas o negativas, constituye en factor de riesgo que contribuye o no al mantenimiento de la salud y conservación de la calidad de vida de todos sus integrantes.

Objetivo: valorar la autopercepción del estado de salud familiar.

Métodos: estudio descriptivo transversal, en el área metropolitana de Bucaramanga de febrero a noviembre de 2014. Universo de 120 familias, de las cuales 70 participaron voluntariamente, el jefe de familia respondió al cuestionario de autopercepción del estado de salud familiar. La información fue procesada en el programa SPSS, análisis de confiabilidad, descripción de los resultados por variables, calculando medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: predominó la familia nuclear (45,7 %), con 4 integrantes (74,3 %), el género femenino (52,9 %), la edad entre 18 y 44 años (45,2 %) y el nivel educativo básica primaria (52,9 %); la hipertensión arterial (32,9 %), la diabetes (14,3 %), dislipidemias (4,3 %) y enfermedades neuropsiquiátricas (14,3 %). La autopercepción del estado de salud en general obtuvo 39 puntos de 84 esperados.

Conclusiones: en la población estudiada la autopercepción del estado de salud familiar constituye un riesgo para la salud de la familia, que requiere de acciones que fortalezcan comportamientos que afiancen el ambiente familiar, espacio propicio para potenciar estilos de vida saludables en las diferentes etapas del ciclo de la vida de una persona.

Palabras clave: salud; estilo de vida; características familiares; relaciones familiares.

ABSTRACT

Introduction: As transformable open system to change, and key structural element family company, develops and performs functions through subsystems formed by generation, gender, interest and function; according to the positive or negative influence, it is a risk factor that contributes or not to maintain the health and preservation of the quality of life of all its members.

Objective: To evaluate the perception of the state of family health

Methodology: Cross-sectional study in the metropolitan area of Bucaramanga from February to November 2014. Universe 120 families of which 70 participated voluntarily, said the head of the household questionnaire familiar self-rated health. The information was processed in the program SPSS, reliability analysis, description of the results variables, calculating measures of central tendency and dispersion.

Results: Nuclear family predominated 45.7 %, with 4 members 74.3 % 52.9 % female gender prevails between 18 and 44 years 45.2 %, basic primary education 52.9 % . 32.9 % reported hypertension, diabetes 14.3 % and 4.3 % dyslipidemia, neuropsychiatric 14.3 %. The self-rated general health was 39 points of 84 expected.

Conclusions: In the studied population the familiar self-rated health is a risk to the health of the family, which requires actions to strengthen behaviors that strengthen the family atmosphere that is conducive space to promote healthy lifestyles at different stages life cycle of a person.

Key words: health; lifestyle; family characteristics; family relationships.

INTRODUCCIÓN

El abordaje familiar es imprescindible como estrategia de promoción, prevención y recuperación de la salud, puesto que la familia desarrolla un papel importante como mediadora de la salud de cada uno de sus miembros. La familia es generadora de creencias y conductas respecto a la salud y enfermedad, se asumen determinados hábitos con relación a la alimentación, ejercicio, descanso, cuidado personal, etc. que pueden contribuir o no a la aparición de enfermedades o, por el contrario, puede constituir un importante factor de riesgo.¹

Como antecedentes, en Cuba destacan que las intervenciones comunitarias coinciden en promover y posicionar la participación social organizada, concertada y comprometida de la ciudadanía para empoderar una cultura de salud, respetando la diversidad cultural, generacional y de género, y el logro de prácticas que conduzcan a estilos de vida y ambientes saludables.²

De igual manera, en Colombia, una de las líneas operativas del plan decenal de Salud Pública 2012 - 2022 es la promoción de la salud, donde se busca la ejecución de acciones para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los determinantes sociales de su salud, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos

de la vida. Se destaca el valor de la familia como núcleo donde habitualmente se hace frente y se resuelven problemas de salud de sus miembros, en el mantenimiento y pronóstico de la enfermedad; cumplimiento del tratamiento y desarrollo de conductas preventivas.¹

En caso de enfermedad, la atención y cuidados de la familia son fundamentales para la prevención de complicaciones, cumplir el tratamiento y contribuir a una pronta y adecuada rehabilitación. La atención continua a familias constituye un excelente punto de partida para identificar cadenas epidemiológicas y exposiciones a factores de riesgo ligados a los estilos de vida, igualmente la salud de las familias determina la salud de la comunidad.¹

La familia es transmisora del concepto binomio de salud-enfermedad, a partir de las vivencias familiares las personas integran e identifican qué es estar sano o enfermo; integración fundamentada mediante dos conceptos: uno de tipo perceptivo, que tiene que ver con sentirse bien o mal, y otro de tipo funcional, que valora si en determinadas circunstancias se puede o no desarrollar una función biológica o social. Esto es importante porque la percepción de necesidad de atención y la utilización del sistema sanitario dependerá en gran medida del concepto de salud que tengan las personas y las familias.¹

En el estudio de vivienda saludable: un espacio de salud pública, la vivienda como microhábitat de la especie humana, resulta un determinante de salud, sus componentes pueden contribuir a la salud/enfermedad de sus residentes; como factores de riesgo de la vivienda para la salud están los de naturaleza física, química y psicosocial, relacionada con el estrés, carencias e inapropiadas relaciones de familia.³

Mediante la investigación realizada en un asentamiento urbano con situación de vulnerabilidad de las familias, surge la necesidad de valorar la autopercepción del estado de salud familiar.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en un Barrio del área metropolitana de Bucaramanga durante febrero a noviembre de 2014.

La comunidad seleccionada estuvo conformada por 120 familias de las que por muestreo no probabilístico aceptaron participar en la investigación 70, en las cuales el total de integrantes fue de 259 personas.

La recolección de datos se realizó en visita domiciliaria, donde el jefe cabeza de familia o en su ausencia un miembro mayor de 18 años que formaba parte del núcleo familiar, respondió el "Cuestionario de autopercepción del estado de salud familiar",⁴ que mide la Autopercepción del Estado de Salud Familiar, el cual está construido en base a los resultados propuestos por la (*Nursing Outcomes Classification*) NOC⁵ para el dominio salud familiar y la clase bienestar familiar principalmente.

La Escala para medir la autopercepción del estado de salud familiar, conformada por 42 ítems, evaluados con tres opciones de respuesta tipo Likert, que van desde nunca (0), a veces (1) hasta casi siempre (2), evaluando cinco sub escalas: Clima Familiar, Integridad Familiar, Funcionamiento Familiar, Resistencia Familiar y Afrontamiento

Familiar. La escala fue validada obteniendo valores alfa de 0,73 para Clima Familiar y 0,89 para Integridad Familiar, en el análisis factorial se valoró su unidimensionalidad, donde todos los ítems obtuvieron un $r > 0,30$ en el primer factor, explicando una proporción importante de la varianza con respecto a los demás factores y una varianza total explicada por los factores principales mayor al 50 %, demostrando su utilidad para valorar la autopercepción del estado de salud familiar.

La información fue tabulada en el programa SPSS (licencia de la Universidad Cooperativa de Colombia), se realizó análisis univariado haciendo descripción y análisis de los resultados por variables, calculando medidas de tendencia central y de dispersión; para variables discretas se calcularon proporciones con intervalos de confianza del 95 %.

En cuanto a la autopercepción de la salud familiar evaluada, la frecuencia debe corresponder al comportamiento de casi siempre que se traduce en 84 puntos, los datos menores a este valor se consideran como riesgo para la salud familiar. Mediante la estadística descriptiva se verificaron los datos por porcentaje, máximo y mínimo y desviación estándar.

Para el análisis la variable dependiente Salud Familiar determinada por la capacidad del funcionamiento de la familia desde lo biopsicosocial, dentro de una comunidad; otras determinadas como independientes: sociodemográficas de las familias bajo estudio, como son seguridad social, escolaridad, tipo de familia, sexo, estado civil, padecimiento de enfermedad, personas sanas, enfermas con control o no, gestantes en la vivienda y tiempo de permanencia en el barrio; se aplicó a estas variables medidas de tendencia central y porcentajes y sus respectivos intervalos de confianza al 95 % según la naturaleza y distribución. Igualmente, se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para evaluar la normalidad de las variables.

El estudio fue aprobado previamente por el Comité de Bioética de la Institución Universitaria y posteriormente previo conocimiento y firma del consentimiento informado escrito de los participantes; el estudio se considera mínimo riesgo y se fundamenta en la normatividad relacionada con Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia y código deontológico de enfermería.^{6,7}

RESULTADOS

Entre las características familiares se destacan las variables sociodemográficas, de las cuáles 82,85 % están afiliadas al régimen subsidiado, 74,28 % de las familias están conformadas por 4 integrantes; predomina entre los encuestados el género femenino, con 52,85 %, y 45,71 % están en un rango de edad entre 18 y 44 años.

En relación al estado civil, predominó la unión libre (54,28 %) y el 52,85 % alcanza un nivel educativo de primaria. En relación al tipo de familia se destaca en la [tabla 1](#) predominio de familia nuclear.

Tabla 1. Distribución porcentual de familias según tipo de familia

Tipo de familia	Número	Porcentaje
Nuclear	32	45,71
Nuclear Modificada	13	18,57
Nuclear Reconstituida	9	12,85
Extensa	9	12,85
Extensa Modificada	7	10,00
Total	70	100,00

Continuando con los resultados de las condiciones de salud, las cuales corresponden a 259 personas como integrantes de las familias; se constató; 2,85 % de Enfermos sin control, 11,42 % de Enfermos con control, 85,71 % Sanos; en la [Tabla 2](#), se pueden observar los datos de las patologías referenciadas.

Tabla 2. Distribución porcentual de integrante de las Familias encuestadas según Enfermedades referenciadas

Enfermedades	Número	Porcentaje (n= 259)
Depresión u otra enfermedad concomitante	15	5,79
Diabetes u otra enfermedad concomitante	37	14,28
Dislipidemia u otra condición concomitante	11	4,25
Hipertensión arterial	41	15,83
Hipertensión arterial y otra condición concomitante	86	33,20
Enfermedad mental	37	14,28

En las respuestas a la escala de autopercepción de la salud familiar se obtuvo un puntaje general de 27,3, mínimo de 7 y máximo de 39 (SD \pm 6,9). Las subescalas: clima, integridad, resistencia y afrontamiento familiar, fueron evaluadas con una puntuación de autopercepción media (10,66; 10,7; 11,9 y 7,4 respectivamente); mientras que la subescala funcionamiento familiar puntuó 13,2; alcanzando el rango alto (tabla 3).

Tabla 3. Autopercepción del Estado de salud de las familias

Variables	N	Puntaje esperado	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Clima Familiar	70	18	6	16	10,66	2,838
Integridad Familiar	70	16	1	16	10,76	3,507
Funcionamiento Familiar	70	18	4	18	13,23	3,262
Resistencia Familiar	70	20	3	19	11,90	3,444
Afrontamiento Familiar	70	12	2	12	7,47	2,552
Autopercepción General	70	84	7	39	27,30	6,96

DISCUSIÓN

En el estudio realizado, el predominio de familia nuclear coincide con dos estudios realizados en Colombia, las familias de pacientes con síndrome coronario de Cúcuta (46,6 %)⁸ y familias de hogares de estudiantes de educación en Armenia de familias nucleares completas (35 %), en ambos, la estructura familiar en el 44,8 % evidencia existencia de un jefe cabeza de hogar.⁹

El aseguramiento en salud de las familias corresponde al régimen subsidiado, constituye un factor protector; sin embargo, la cobertura en acceso no garantiza el impacto del aseguramiento, puesto que este se da en la medida en que los servicios son utilizados para prevención que cuando hay presencia de enfermedad o necesidad de hospitalización.¹⁰

El predominio del género femenino de la presente serie es similar al estudio de familias desplazadas en Bogotá, en el que predominaron las mujeres (79 %), lo que se explica porque solo el 41 % de los hogares se desplazaron en pareja y en muchos de ellos la persona que está al frente de la familia es mujer.¹¹

El predominio de proporción de personas entre 18 y 44 años concuerda con la proporción de personas en Santander, clasificados en la adultez (27 a 59 años), donde están representados con el 41,9 % en el año 2013, siendo estas cifras las más altas o representativas en el departamento.¹²

Para el nivel educativo de las personas entrevistadas, la básica primaria predomina, estando por encima de la cifra nacional dada por el Censo en Colombia en el año 2005 que alcanzó 36,6 %; sin embargo, a pesar de esta cifra nacional, en este mismo informe del Censo, Santander mostró que el 45 % de los Santandereanos han cursado

la primaria. Esta última cifra es cercana y similar a la evaluada en el presente proyecto, e igualmente, se deben tener en cuenta las reformas e inclusiones que ha tenido la política educativa nacional desde el año 2002 y que han llevado a que estas cifras cambien, siendo prioridad la educación de los niños del país, en el marco de una atención integral a este grupo poblacional.¹³

En referencia a las Enfermedades cardiovasculares y endocrinas, los incluidos en éste estudio presentan hipertensión arterial y diabetes en cifras superiores a las reveladas por el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS), enfermedades endocrinas (entre ellas dislipidemias), cardiovasculares y diabetes mellitus en el 2012, 9 %, 8,9 % y 2 % respectivamente entre personas de 27 y 59 años, los adultos mayores de 60 años: enfermedades cardiovasculares en 26,8 %, desordenes endocrinos (incluida las dislipidemias) en 7,3 % y 5,9 % para la diabetes mellitus.¹⁴

El comportamiento de las condiciones neuropsiquiátricas (enfermedades del sistema nervioso y trastornos mentales y del comportamiento), igualmente superior a la mostrada por el OSPS (2011) (6,8 % entre los 27 y 59 años y 4,8 % en mayores de 60 años).¹³ Esta brecha o diferencia de porcentajes puede estar dada por la subjetividad de padecer una enfermedad y el autodiagnóstico de la misma por parte de la población entrevistada; o en el caso de las personas que no asisten con regularidad al control médico, ocasionando un subregistro de los datos de morbilidad mostrada por el OSPS.

En relación a la autopercepción de la salud familiar, los resultados de los comportamientos establecidos como autopercepción de su estado de salud positiva, presenta una frecuencia menor frente al estudio de familias desplazadas en Bogotá, en las que el 69 % se percibe sanos;¹⁵ en el estudio a nivel Internacional la percepción de salud fue mayoritariamente buena, tanto para la muestra de Talca como Montreal (86,2 % y 87,4 % respectivamente).¹⁶

En cuanto a las subescalas, la correspondiente a clima familiar definida como el establecimiento y cumplimiento de normas con el criterio de lo bueno y malo y la administración del dinero; el ítem 8, cómo sentirse comprendidos por los demás, corresponde al grupo de factores de riesgo, lo anterior referencia la importancia de la reflexión entre las pautas y los estilos de crianza y el desarrollo socioafectivo durante la infancia, la familia facilita el desarrollo de conductas prosociales y la autorregulación emocional para la prevención de problemas de salud mental y un comportamiento prosocial.¹⁷

Los datos obtenidos en la subescala de Integridad Familiar, relaciona el grado de unión que se establece entre los miembros de la familia, el ítem 17 (sentirse orgulloso de la familia) corresponde a la frecuencia de casi siempre, contrario al ítem 15 (participación de todos en las decisiones importantes), constituye factor de riesgo en las familia evaluadas, dado que la unidad familiar es relevante para afrontar situaciones de cambio en diferentes niveles que puede llevar a ocasionar crisis.¹⁸

En los datos obtenidos en relación al Funcionamiento Familiar el ítem 26 (cuidarse unos a otros); seguido del ítem 19 (cada cual tiene claro lo que tiene que hacer) y para la totalidad de la sub escala la puntuación en el rango alto, al contrastar con un estudio cualitativo realizado en Ibarra España, donde se indaga la relación de la funcionalidad familiar con el abuso de alcohol, en el que se encuentra la problemática en adolescentes, en los que la estructura familiar es muy rígida, comunicación disfuncional y poco eficaz para la resolución de conflictos.¹⁹

Con lo anterior se podría establecer que los resultados constituyen un factor protector para la mayoría de las familias, dado que en la medida en que la función familiar sea favorable, disminuye la probabilidad de presentar problemas en sus integrantes, como lo muestra el estudio en el que, mediante una encuesta, los resultados fueron que el 53 % de padres de familia afirman tener relaciones conflictivas debido a múltiples factores que deben afrontar día a día; el 23 % de niños posee una imagen positiva de sí mismo, reflejando una autoestima alta, el 41 % presenta una escasa autovaloración de sí mismo, evidenciando una autoestima media y el 36 % tiene un pobre concepto de sí mismo por ende una autoestima baja.²⁰

Del mismo modo en el funcionamiento familiar relacionado con el mantenimiento de la casa limpia, ordenada y segura se representa en tercer lugar con la mayor frecuencia de casi siempre; este aspecto es muy importante puesto que la vivienda debe proporcionar la seguridad y salud, las personas deben cuidarla, mantenerla limpia y presentable, conservando el orden y aseo, protegiéndola del ingreso de vectores que transmiten enfermedades y para hacer de ella un lugar agradable y seguro para vivir.²¹

En la subescala de Resistencia Familiar, las familias siempre saben qué hacer cuando tiene problemas de salud, seguido por preocuparse por mantenerse sanos. La percepción de estar sano o enfermo es importante, porque la percepción de necesidad de atención y la utilización del sistema sanitario dependerá en gran medida del concepto de salud que tengan las personas y las familias.¹

De igual manera en Resistencia Familiar, el considerar suficientes los recursos se presenta en su mayoría algunas veces; comparado con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012 en la región oriental, el 28,4 % refiere que los ingresos en el hogar son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.²² (DANE, 2012)

En la subescala de Afrontamiento Familiar, predomina la frecuencia de casi siempre, en el que intentan conocer las causas de los problemas y el ítem de estar atento a los problemas que los pueden afectar; lo anterior, aunque no es similar al estudio realizado, encuentran que en la Habana, 40 familias encuestadas presentaron 77,5 % familias funcionales; contribuyeron fundamentalmente los procesos cohesión (77,5 % de las familias respondió en la categoría "casi siempre"), comunicación (72,5 %), armonía (67,5 %) y afectividad (65 %); los afrontamientos fueron orientados a la priorización de las exigencias escolares y a la estimulación de la autonomía en la actividad intelectual.²³

Los datos obtenidos constituyen un factor de riesgo para las familias, puesto que según la interpretación de la escala los comportamientos deben ser casi siempre para considerarse factor protector, en los resultados están por debajo del rango máximo.

En conclusión, en la población estudiada, la autopercepción del estado de salud familiar constituyó un riesgo para la salud de la familia. Se requiere de acciones que fortalezcan comportamientos que afiancen el ambiente familiar, que es el espacio propicio para potenciar estilos de vida saludables en las diferentes etapas del ciclo de la vida de una persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Zurro A, Jodar Solá G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. España: El sevier; 2011.
2. Ferrer Ferrer Lilliam, Bonet Gorbea Mariano, Alfonso Sagué Karen, Guerra Chang Mayda, García Fariñas Anai, de Vos Pol. Evaluación del proceso de intervenciones comunitarias para la prevención y control de los factores de riesgo y enfermedades no transmisibles (2003-2005). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011 [citado 19 Mar 2015]; 49(1):33-46. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100005&lng=es .
3. Pérez Barcelo C. Vivienda saludable: un espacio de salud pública. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2012 [citado 26 Mar 2015]; 50(2): 131-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223225046015>.
4. Lima Rodríguez Joaquín Salvador, Lima Serrano Marta, Jiménez Picón Nerea, Domínguez Sánchez Isabel. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. Rev. Esp. Salud Pública. 2012 [citado 25 Mar 2015]; 86(5): 509-21. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000500005&lng=es.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería. 4th ed. Madrid: Elsevier; 2009
6. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
7. Colombia. República de Colombia, Tribunal Nacional ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, octubre 5. Por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinar correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C: Ministerio de Protección Social, El Abedul, Diario Oficial; 2004.
8. Toloza REV, Méndez MAM, Rolon MZA. Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Ciencia y Cuidado. 2012 [citado 12 Dic 2015]; 9(2): 52-63. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/339/360>
9. La Rosa Bobadilla JJ, Fernández Rincón CA, Giraldo C, Forero Arango L, Soto Rivas M, Mondragón Sánchez EJ, et al. Nuevas configuraciones de las familias en los hogares de los estudiantes de las instituciones educativas de básica y media oficiales del municipio de Armenia Quindío, 2010 [tesis]. Armenia: Universidad del Quindío. Facultad Trabajo Social; 2013.

10. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios. Revista Economía del Caribe(en línea) 2008 [citado 12 Dic 2015]; 2:106-29. Disponible en: <http://www.rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/viewFile/553/899>
11. Juliao Vargas CS. Los desplazados en Bogotá y Soacha: características y protección. Revista paz y Conflictos. 2011 [citado 12 Nov 2014]; 4:102-20. Disponible en: <http://www.revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/view/457>
12. Secretaria de Salud de Santander. Análisis de Situación de Salud de Santander. Observatorio de Salud Pública. 2014 [citado 10 Ene 2015]; 9(1):10-20. Disponible en: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/index.php/publicaciones/revosps/no-ix-numero-01-2014/533-analisis-de-situacion-de-salud-de-santander-asis/file>
13. Rincón Villamil OA. Análisis de la política educativa actual en Colombia desde la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu [tesis]. Universidad de la Salle; 2010
14. Secretaria de Salud de Santander. Indicadores de Morbilidad atendida. Observatorio de Salud Pública de Santander. 2011 [citado 12 Dic 2014]:19-25. Disponible en: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/index.php/publicaciones/indicadores-basicos-de-salud-de-santander/indicadores-basicos-de-salud-2013/520-9-indicadores-de-morbilidad-2011/file>
15. Isaza DC. Familias Desplazadas desde el enfoque de Riesgo Familiar Total [tesis]. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional Facultad de Enfermería; 2013.
16. Palavecino González P, Nuñez F, Loreto M. Determinantes sociales relacionados con la autopercepción de la salud [tesis]. Talca, Chile: Universidad de Talca, Facultad de Odontología; 2013
17. Cuervo Martínez Á. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Divers.Perspect.Psicol. 2010 [citado 12 Dic 2014]; 6(1):111-21. Disponible en: <http://www.revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/163/245>
18. González Escobar DS, Vega Angarita OM. Elemento clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica Social. Enfermería Global. 2009 [citado 10 Dic 2014]; 6:1-11. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>
19. Villacis W, Amador Chamorro VC. Relación que existe entre los conflictos familiares y la iniciación temprana en el consumo de alcohol en adolescentes entre 12 y 15 años que estudian en un colegio nacional técnico mixto de la ciudad de Ibarra. Estudio desde el enfoque sistémico [tesis]. Quito, Ecuador: Repositorio Digital Universidad de las Américas; 2012.
20. Torres Torres BM, Pineda Medina RC. Las relaciones familiares y su incidencia en el desarrollo del autoestima de los niños de primer año de educación básica de la escuela "Aurelio Espinoza Polit", Cantón Zumbi, provincia de Zamora Chinchipe. Periodo lectivo: 2010 - 2011 [tesis]. Loja, Ecuador. Cantón Zumbi: Repositorio Universidad Nacional de Loja; 2012.
21. Organización Panamericana de Salud. Hacia una Vivivenda Saludable. Colombia: Fundación Halü Bienestar Humano; 2011.

22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Gobierno de Colombia. Encuesta Nacional de Calidad de vida Región Oriental. 2013 [citado 20 Jun 2015]: [aprox. 30 p.]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2013.pdf

23. Méndez Sutil Vivian, Louro Bernal Isabel, Bayarre Veá Héctor. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 Mar [citado 19 Mar 2015]; 27(1): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100001&lng=es

Recibido:
Aprobado:

Correspondencia

Elveny Laguado Jaimes. Maestría en Enfermería. Investigadora Principal. Calle 30A 33-51. Bucaramanga - Colombia. 3107784648. E-mail: Elveny.laguado@campusucc.edu.co