

Edna Fabiola Galán González

Funcionamiento familiar y estilos de vida promotores de salud en las familias de pacientes con cáncer de colon y recto

Departamento
Fisiatría y Enfermería

Director/es
MURO BAQUERO, CARMEN
GASCON CATALAN, ANA M^a

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILOS DE VIDA
PROMOTORES DE SALUD EN LAS FAMILIAS DE
PACIENTES CON CÁNCER DE COLON Y RECTO**

Autor

Edna Fabiola Galán González

Director/es

**MURO BAQUERO, CARMEN
GASCON CATALAN, ANA M^a**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2019

Funcionamiento familiar y estilos de vida promotores de salud en las familias de
pacientes con cáncer de colon y recto

Edna Fabiola Galán González

Dirigido por las Directoras:
Ana Gascón Catalán y Carmen Muro Baquero

Universidad de Zaragoza-España
Escuela de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte
Villavicencio
16 de octubre de 2018

Contenido

	pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	6
Las funciones de la familia.....	7
Funcionamiento familiar.....	8
Medida del funcionamiento familiar.....	10
Family Assesment Device (FAD).....	11
Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES versiones I-IV).....	12
APGAR familiar.....	14
Family Environment Scale (FES).....	15
Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis (F-COPES).....	16
Teoría General de Sistemas Familiares.....	19
Los estilos de vida y los estilos de vida saludable.....	22
Modelo de Promoción de la Salud.....	25
2. MARCO DE REFERENCIA.....	31
2.1 Estudios de funcionalidad familiar con la escala ASF-E.....	31
2.2 Estudios de estilos de vida promotores de salud con el HPLP II.....	33
2.3 Estudios de funcionalidad familiar y estilos de vida promotores de salud.....	37
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
4. HIPÓTESIS.....	44
4.1 Hipótesis.....	44
5. OBJETIVOS.....	44
5.1 Objetivo General.....	44
5.2 Objetivos específicos.....	44
6. METODOLOGÍA.....	45
6.1 Diseño del Estudio.....	45
6.2 Población.....	45
6.3 Cálculo del tamaño muestral y muestreo.....	45
6.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	46
6.4.1 Criterios de inclusión.....	46
6.4.2 Criterios de exclusión.....	46
6.5 Escenario del Estudio.....	46
6.6 Variables de la investigación.....	48
6.7 Instrumentos para la recogida de la información.....	52
6.7.1 Características sociodemográficas y familiares.....	52
6.7.2 Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar en español ASF-E.....	52
6.7.3 Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II).....	53
6.8 Valoración de sesgos.....	55
6.9 Prueba Piloto.....	56
6.10 Procedimiento para la recolección de la información.....	56
6.11 Análisis estadístico.....	57
6.12 Aspectos Éticos.....	57
7. RESULTADOS.....	60

7.1 Caracterización de los participantes en el estudio	60
7.1.1 Aspectos sociodemográficos	60
7.1.2 Historia familiar de cáncer colorrectal	61
7.1.3 Tipo de apoyo familiar	62
7.1.4 Etapa del ciclo familiar y tipología familiar	62
7.2 Descripción del funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal	64
7.3 Determinación de los estilos de vida promotores de salud de los pacientes... 66	66
7.4 Determinación de asociaciones entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares	67
7.5 Asociación entre los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares	71
7.6 Asociación entre la percepción de los cambios del funcionamiento familiar tras el diagnóstico y las variables sociodemográficas, clínicas, familiares	74
7.7 Asociación entre la percepción de los cambios del funcionamiento familiar tras el diagnóstico y el funcionamiento familiar y los estilos de vida promotores de salud.	75
7.8 Relación entre el funcionamiento familiar y la generación de los estilos de vida saludable	76
8. DISCUSIÓN	78
8.1 Datos sociodemográficos.....	78
8.2 Funcionamiento familiar	80
8.3 Discusión de los resultados de estilos de vida saludable.....	83
8.4 Asociaciones entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas.....	85
8.5 Asociaciones entre los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas.....	86
8.6 Cambios en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico de cáncer de colon y recto	87
8.7 Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida promotores de salud.....	88
9. APLICACIONES PRÁCTICAS DESDE EL CUIDADO ENFERMERO	95
10. LIMITACIONES	96
11. FORTALEZAS	97
12. CONCLUSIONES	98
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS	124

Contenido de tablas

	pág.
Tabla 1. Distribución de las formas de cáncer en los pacientes residentes en Bogotá	47
Tabla 2. Descripción de las variables dependientes.....	48
Tabla 3. Descripción de las variables independientes.....	49
Tabla 4. Nivel de escolaridad, ocupación y creencias religiosas de los participantes.	61
Tabla 5. Tipo de apoyo recibido por los participantes de parte sus familias	62
Tabla 6. Etapa del ciclo vital familiar de los pacientes	63
Tabla 7. Tipología familiar de los pacientes	63
Tabla 8. Descripción de la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal	64
Tabla 9. Niveles de funcionamiento familiar por dimensiones de los pacientes con cáncer colorrectal.....	64
Tabla 10. Niveles de funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal por metas.....	65
Tabla 11. Cambios en el funcionamiento familiar después del diagnóstico de cáncer colorrectal.....	66
Tabla 12. Descriptivos de los estilos de vida saludable (HPLP II) de los pacientes con cáncer colorrectal	66
Tabla 13. Descriptivos de las dimensiones de los estilos de vida saludable (HPLP II) de los pacientes con cáncer colorrectal participantes.....	66
Tabla 14. Asociación entre el funcionamiento familiar total y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares.....	68
Tabla 15. Asociación entre las dimensiones del funcionamiento familiar y las variables demográficas, clínicas y familiares	69
Tabla 16. Asociación entre las metas del funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares.....	70
Tabla 17. Asociación entre el puntaje de los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares.....	72
Tabla 18. Asociación entre el cambio experimentado en el funcionamiento familiar y variables sociodemográficas después del diagnóstico de cáncer colorrectal	74
Tabla 19. Asociación entre el cambio experimentado en el funcionamiento familiar y las dimensiones del funcionamiento familiar después del diagnóstico de cáncer colorrectal.....	75
Tabla 20. Asociación entre el cambio experimentado en el funcionamiento familiar y las dimensiones de los estilos de vida promotores de salud después del diagnóstico de cáncer colorrectal.....	76
Tabla 21. Correlación (Pearson) entre las dimensiones de estilos de vida saludable y el funcionamiento familiar	77

Contenido de Figuras

	pág.
Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	27
Figura 2. Distribución de las edades de los participantes	60

Contenido de Anexos

Anexo 1. Encuesta de características sociodemográficas y familiares	124
Anexo 2. Escala ASF-E con puntuación	126
Anexo 3. Escala ASF-E para aplicar	129
Anexo 4. Criterios de interpretación Escala ASF-E	132
Anexo 5. Instrumento Health Promoting Lifestyle Profile versión II (HPLP II) Español.....	134
Anexo 6. Instrucciones de puntajes Health Promoting Lifestyle Profile versión II (HPLP II).....	136
Anexo 7. Consentimiento Informado	137
Anexo 8. Permiso y condiciones de uso del HPLP II.....	138
Anexo 9. Permiso de la autora uso del instrumento ASF-E	139

1. INTRODUCCIÓN

La familia ha sido definida como la base de la sociedad, como ese grupo natural y de características particulares en el cual el ser humano se desarrolla y aprende lo necesario para interactuar con otros individuos o sistemas. También se le atribuye la naturaleza transmisora de valores y creencias que dan una identidad específica a sus integrantes y por ende al grupo.^{1,2,3}

La familia es el primer mundo social que encuentra un individuo y le proporciona sus primeras experiencias; una de ellas, la de ser tratados como individuos distintos. A pesar de que los padres no pueden determinar completamente el curso del desarrollo social de sus hijos e hijas, muchas dimensiones de su conducta y personalidad como actitudes, intereses, metas, creencias y prejuicios, se adquieren en el seno familiar.⁴

Hay necesidades básicas de los individuos que solo en el grupo familiar es posible satisfacer, por tanto es vital que la familia cumpla con esas funciones que le son inherentes. Cuando un individuo atraviesa por dificultades o adversidades, es normal que busque en primer lugar apoyo en su familia. Esto se hace evidente también en las situaciones de enfermedad, Munar⁵ resalta que la familia puede favorecer la curación y la rehabilitación de los integrantes, dado que en ella se pueden identificar de forma precoz los problemas de salud y ésta además brinda seguridad y cuidado al enfermo, lo cual favorece el cumplimiento de los tratamientos.

Los estilos o conductas de vida saludable fueron definidos por la OMS como la “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.⁶ El estilo de vida saludable tiene en cuenta aquellos comportamientos que implican riesgo para la salud, pero también aquellos que la protegen.⁷

La Organización Mundial de la Salud, aboga por que en los países se desarrollen estrategias que contrarresten o disminuyan comportamientos que son conductas o factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades como el consumo de tabaco, las dietas no saludables, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol entre otros.⁶

Las estadísticas que recopila la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que alrededor del 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) suceden en países de ingresos medios y bajos. La mayoría de estas defunciones podrían evitarse, mediante estrategias de prevención ya reconocidas por ser costo-eficaces y viables como el cambio en las conductas o hábitos de vida.⁶

Un diagnóstico de cáncer, cualquiera que sea su tipo, es crucial en la vida de los seres humanos y sus familias. Para muchos, es indicativo de una sentencia de muerte, aún a pesar de los avances en los tratamientos y las intervenciones. Está demostrado que en el desarrollo del cáncer, pueden influir factores de riesgo modificables. Aproximadamente 30% de los cánceres se podrían prevenir evitando factores de riesgo claves como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física, entre otros.⁸

El profesional de la salud y específicamente el profesional de enfermería, tiene un lugar privilegiado para valorar, e intervenir eficazmente en el funcionamiento familiar inadecuado y los estilos de vida. Le permite además usar la capacidad de la familia de influir en la generación, mantenimiento y cambio de los estilos de vida saludable. Así lo afirma Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud: “las familias, las parejas y los cuidadores de salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud”.⁹

La presente investigación pretende desde la mirada disciplinar enfermera, determinar la influencia que ejerce el funcionamiento familiar sobre la generación, y mantenimiento de estilos de vida saludables en los pacientes con cáncer de colon y recto, teniendo como bases teóricas, el Modelo de Organización Sistémica de Marie Luise Friedemann, cuyo enfoque está dirigido al funcionamiento familiar y el Modelo de Promoción de la Salud, el cual identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conductas que promueven la salud.^{9,10}

Con este trabajo, se busca aportar cualificación al cuidado de enfermería con las familias, al profundizar en esos aspectos que son relevantes para el grupo familiar a la hora de generar y mantener estilos de vida saludables, a través del fortalecimiento del funcionamiento familiar dado que los planes de cuidado desarrollados, deben tener en cuenta las particularidades de cada familia. Tanto el desarrollo teórico como la práctica disciplinar, se fortalecen con los aportes que puedan surgir en esta investigación.

En los próximos párrafos se expone el sustento teórico de esta investigación que detalla aspectos importantes sobre el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludables desde la perspectiva de la disciplina de Enfermería.

Las funciones de la familia

Las funciones familiares son las tareas que deben realizar las personas que conforman una familia, de acuerdo con el rol que desempeñan dentro de ella para alcanzar los objetivos que se han trazado como grupo: culturales, psicobiológicos, educativos y económicos. Para evaluar el funcionamiento familiar se debe hacer el análisis de las seis funciones básicas de la familia:¹¹

- **Comunicación:** de esta depende que se puedan llevar a cabo las otras funciones. Las familias usan mensajes verbales y no verbales para transmitir el afecto, la ayuda, la autoridad y la comprensión. La comunicación está muy ligada a la cultura de la comunidad a la que pertenece la familia, por esto es difícil entender algunas de sus particularidades.
- **Afecto:** es la relación de cariño existente entre los miembros de la familia, permite expresiones como el recibir apoyo y el desarrollo de la madurez psicológica.
- **Apoyo:** la familia proporciona apoyo a sus integrantes cuando así lo requieren; puede ser de tipo económico, afectivo, cuidados en casa, etc. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia a la familia, de saber que comparte, como grupo creencias, proyectos y afectos comunes.
- **Adaptabilidad:** la familia es un grupo dinámico que atraviesa por cambios que requieren de una buena adaptación o acomodación a las nuevas situaciones y permite el curso normal de otras etapas.
- **Autonomía:** es necesario que cada integrante de la familia posea un cierto grado de independencia que le permita crecer y madurar, para esto cada familia establece límites, así se crea un equilibrio entre lo aceptado y lo prohibido.
- **Reglas y normas:** mediante éstas se mantiene el control y la armonía dentro del hogar, además facilitan las relaciones y el reconocimiento de los papeles. Aunque no estén escritas, sí están claramente establecidas y así son reconocidas por cada miembro de la familia.

Entre otras funciones familiares están la reproducción, la educación, la subsistencia, la socialización primaria de un individuo. Todas ellas tienen un grado de trascendencia según la etapa del ciclo vital que se esté atravesando. De acuerdo con la rigidez o flexibilidad del sistema familiar, depende que se asuman los cambios de forma caótica y desestabilizante o como parte del desarrollo normal del sistema familiar.¹²

Según Maddaleno, se habla de familia funcional o disfuncional en dependencia de que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.¹³

Funcionamiento familiar

Las familias como unidades interactuantes y cambiantes están expuestas a eventos estresores y crisis, algunos de ellos son normativos, es decir que se espera que sucedan durante el ciclo vital de una familia y que ésta pueda superarlos de forma efectiva. Cuando los desequilibrios y presiones son muy fuertes, la familia puede bloquearse e incapacitarse para responder. De acuerdo con De la Revilla¹¹ algunos elementos que definen las crisis familiares son: la

incapacidad de la familia para cumplir con sus papeles habituales, la incapacidad para tomar decisiones y la incapacidad para cuidar unos de otros.

Friedemann,¹⁰ en su Teoría de Organización Sistémica, expresa que los valores y creencias propios de cada cultura no pueden juzgarse como apropiados o inapropiados sin examinar el contexto global. Además, los procesos familiares pueden llevar a diferentes opciones de organización y operación, por lo tanto, crisis similares exigen maneras diferentes de adaptación para cada familia.

Para Herrera,¹⁴ la visión sistémica de la familia permite analizar las pautas y reglas de la interacción familiar, de tal forma que se pueden evidenciar los problemas familiares y por lo mismo modificarlos y propiciar el funcionamiento familiar favorable. Para hacer más palpables los factores que desestabilizan la funcionalidad familiar propone 5 indicadores básicos que permiten interpretar dicha funcionalidad familiar desde el enfoque sistémico:

- Cumplimiento eficaz de las funciones familiares.
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
- Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
- Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios.

Para Friedman,¹⁵ la funcionalidad familiar es el cumplimiento del conjunto de funciones durante las diferentes etapas de desarrollo de la familia, fundamentalmente en los aspectos afectivos, de socialización, cuidado de la salud, reproducción y económicos, conforme a las normas de la sociedad a la cual se pertenece.

El modelo estructural de Minuchín,¹⁶ define que la familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, en ella se elaboran pautas de interacción, las cuales rigen el funcionamiento de los miembros de la familia. Las familias deben permitir a sus miembros desempeñar sus tareas esenciales, como apoyar la individuación y al mismo tiempo proporcionarles el sentimiento de pertenencia¹⁷.

Duvall,¹⁸ plantea que el funcionamiento de la familia se sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad, iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de ambos miembros de la pareja. Estas sucesivas etapas por las que atraviesa habitualmente una familia, ofrecen numerosos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros, que deben superar logrando una adaptación favorable.

Sobre la funcionalidad familiar, expertos en el tema como Colapinto señalan que las familias funcionales no se definen por la inexistencia de estrés, problemas familiares o conflictos, sino por la efectividad al manejar estas situaciones sin que afecte a los integrantes. De esta forma se argumenta que la familia disfuncional es aquella que no cumple con esta característica.¹⁹

La enfermedad crónica puede repercutir sobre el funcionamiento familiar, debido a que se necesitan cambios prolongados o definitivos en los roles y en el manejo del tiempo, para dedicarle la atención a la persona afectada, mientras una enfermedad aguda puede permitir el acercamiento familiar, para resolver específicamente la necesidad actual y volver a su dinámica normal en un corto espacio de tiempo. Sin embargo, la duración de la enfermedad no es un determinante definitivo en la respuesta de la familia, así lo concluye un estudio realizado en 2001 por investigadores del Instituto Nuevo Amanecer en el estado de Nuevo León (México)²⁰ con 80 familias de niños diagnosticados con parálisis cerebral, en el que usaron el instrumento Faces III. Se halló que las familias que tienen un niño calificado con incapacidad severa o moderada presentan mayor cohesión, integrándose más para responder a las necesidades del menor, mientras que en las familias con niños discapacitados levemente o con sospecha, hay mayor grado de disfunción familiar.

Por su parte, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta de manera que las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.²¹ Las crisis familiares surgen a partir de los eventos estresantes que no son controlados y su intensidad es tan fuerte que la familia no encuentra la manera de responder para solucionarlos.

Medida del funcionamiento familiar

Existen varios instrumentos para la medición de la funcionalidad familiar, Gómez y Ponce y su equipo,²² presentan una clasificación de acuerdo a su forma de aplicación y pueden ser: observacionales y de auto-aplicación. Los observacionales permiten la evaluación directa de los patrones de interacción funcional, pero proveen solamente una visión externa del fenómeno. Esta forma de valoración tiene tres maneras de aplicarse como la entrevista, la escala de evaluación clínica y los esquemas de codificación. Sin embargo a estos métodos observacionales se les cuestiona la confiabilidad y la validez ya que dependen de la experiencia del entrevistador, del efecto de la presencia del terapeuta, de los lugares de observación y de las formas de reacción de los observados tanto individual como grupalmente.

La segunda forma de clasificación son los instrumentos de autoaplicación, que proporcionan una visión interna de la funcionalidad. Son cuestionarios estandarizados que aportan información individual de los integrantes de una familia, como percepciones, actitudes, roles, valores, etc. Básicamente evalúan la calidad de las relaciones intrafamiliares y las características del ambiente. Su

validez ha aumentado debido a que los sesgos son identificables y por tanto controlables.

Después de realizar una búsqueda bibliográfica se determinó que los instrumentos más usados para estudiar el funcionamiento familiar, en diversas partes del mundo, entre el 2005 y el 2015 han sido el FAD-Family Assesment Device, FACES-Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (I, II, III y IV), APGAR familiar, FES-Family Environment Scale, F-COPES-Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale.

Family Assesment Device (FAD)

El Instrumento de Evaluación de la Familia (Family Assesment Device-FAD) es un cuestionario autoadministrado de 60 ítems, que evalúa las seis dimensiones del modelo propuesto por MacMaster sobre el funcionamiento familiar, que fue elaborado por Epstein y cols.,²³ Este instrumento valora las dimensiones estructurales, organizativas y transaccionales, que permiten diferenciar las familias funcionales y las no funcionales, mediante la valoración de aspectos como: ²⁴

- El funcionamiento general (12 ítems que valoran la salud y la patología general de la familia).
- La resolución de problemas (6 ítems que indican la forma en que la familia resuelve sus problemas).
- La comunicación (9 ítems con los que se evalúa la claridad y la franqueza en el intercambio de la información verbal de la familia).
- Los roles (11 ítems que miden la claridad y la adecuación en la distribución de los roles familiares).
- La implicación afectiva (6 ítems que evalúan el grado en que los integrantes de la familia están interesados en las actividades y las preocupaciones de cada uno).
- La capacidad de respuesta afectiva (7 ítems que miden la habilidad de los integrantes familiares para responder con las emociones adecuadas).
- El control de la conducta (9 ítems que valoran la claridad en las reglas familiares).

El FAD se diseñó para ser cumplimentado por cada integrante de la familia que tenga más de 12 años. A partir de afirmaciones generales sobre las familias, el encuestado señala de qué manera se identifica con estas afirmaciones con su familia, usando cuatro alternativas de respuesta: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo, puntuando de 1 a 4, de tal forma que a menor puntuación, mejor es el funcionamiento familiar. Para obtener la puntuación global de la familia, se promedian los valores individuales obtenidos por la familia en cada subescala.²⁴

Sus autores han reportado que su versión original en inglés, alcanza una confiabilidad interna de las subescalas, entre 0,72 y 0,90.²⁴

Existen traducciones y adaptaciones para contextos como Canadá,²⁵ Italia,²⁶ Holanda,²⁷ Grecia,²⁸ Turquía,²⁹ Palestina,³⁰ Israel,³¹ El Líbano,³² Japón,³³ China,³⁴ Australia,³⁵ y Hungría.³⁶

En España se hizo una validación de este instrumento, en una muestra de 240 familias de pacientes psiquiátricos diagnosticados de distimia y distimia con episodio de depresión mayor y familias control (en total 120 familias sanas).³⁷ La consistencia interna de los 60 ítems de la escala fue alta, al obtenerse un alfa de Cronbach de 0,94, que implica que todos los ítems del instrumento contribuyen en la medición del funcionamiento familiar. También se encontró una alta correlación entre las subescalas, con un rango entre 0,45 (entre implicación afectiva y respuesta afectiva) y 0,81 (entre comunicación y funcionamiento general). En esta validación, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de las familias de los pacientes psiquiátricos y las familias controles, mostrando que las primeras son más disfuncionales en todas las dimensiones del funcionamiento familiar.³⁷

Se ha demostrado que tiene una moderada correlación con otros instrumentos autoadministrados para evaluar funcionamiento familiar y es capaz de diferenciar significativamente entre las familias evaluadas como funcionales y las disfuncionales, con adecuada sensibilidad y especificidad.³⁷

Al revisar las bases de datos biomédicas, se destaca que entre los años 2005 a 2015, este ha sido el instrumento que más se ha utilizado en ciencias de la salud, para valorar el funcionamiento familiar tanto en adultos como en adolescentes.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES versiones I-IV)

Estos instrumentos se derivan del Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar que fue desarrollado por Olson, Russel y Sprenkle en 1979 con el objetivo de cubrir la brecha existente entre la investigación, la teoría y la práctica, tratando de operativizar dimensiones del modelo circumplejo de los sistemas familiares y conyugales.³⁸

Se trata de un modelo dinámico que integra tres dimensiones que repetidas veces se han encontrado como relevantes en distintas teorías y en el abordaje clínico de la familia: cohesión, flexibilidad y comunicación. Su aplicación se considera útil para realizar un diagnóstico relacional, destacando áreas saludables (balanceadas) y problemáticas (desbalanceadas) en los sistemas que estudia.³⁹

Integra tres dimensiones de la vida familiar:

- Cohesión familiar: “cohesión es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí”. Sus indicadores específicos

incluyen: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y ocio. Existen 4 niveles de cohesión en los grupos familiares, pudiéndose identificar **familias desligadas, separadas, conectadas y enmarañadas**. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de cohesión (familias o parejas separadas o conectadas) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte, los niveles extremos (familias o parejas desligadas o enmarañadas) implicarían un funcionamiento más problemático”.³⁹

- Flexibilidad o Adaptabilidad familiar (cambio): tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar; se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir esta dimensión son el poder o el liderazgo en la familia, la asertividad, el control, la disciplina, el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones. Hay cuatro niveles de adaptabilidad, **rígida, estructurada, flexible y caótica**. Los niveles balanceados o moderados son los de las familias flexibles y estructuradas.⁴⁰
- Comunicación: teniendo como principales las dos primeras, esta dimensión facilita la dinámica o interacción en las otras dos dimensiones. Se define por las destrezas de comunicación del sistema, que involucra la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos.⁴⁰

Este modelo propone que sus dos dimensiones principales tienen cuatro posibles grados y al combinarse, se obtienen dieciséis tipos de sistemas familiares y materiales de los cuales los dos intermedios son normales, mientras que los más altos o más bajos son extremos. La funcionalidad está indicada por la facilidad que tienen las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad, así la disfuncionalidad está dada por la incapacidad de las familias para modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad.⁴⁰

Se han elaborado hasta hoy cuatro variaciones de este instrumento, Faces I, Faces II, Faces III y Faces IV, incorporando ajustes que han mejorado su aplicación.

En 1991 se creó la versión FACES IV, que fue diseñada para “evaluar las dimensiones del Modelo Circumplejo en su totalidad y así reflejar la relación curvilínea de éstas con el funcionamiento familiar”. En esta versión se logró superar la limitación de las versiones II y III, que mostraban una relación lineal entre las dimensiones teóricas y el funcionamiento familiar, puesto que el modelo circumplejo postula la curvilinealidad.³⁹

Este instrumento FACES IV consta de 42 ítems, 14 de los cuales son para las escalas balanceadas y 28 para las escalas desbalanceadas⁴¹ y se completa con una escala que evalúa la comunicación familiar, a través de 10 ítems, y otra que indaga la satisfacción familiar, de otros 10 ítems, sumando el total de 62 ítems. Con esta nueva versión del instrumento, es posible evaluar de forma más completa el funcionamiento familiar que con los cuestionarios preliminares. Se diseñó para que lo contesten los integrantes de una familia que tengan más de 12 años.⁴²

Las respuestas se evalúan con una escala tipo Likert de 5 puntos³⁹ en donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo, 2 en general en desacuerdo, 3 ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4 en general de acuerdo y 5 muy de acuerdo.⁴²

Los ítems que identifican las familias enmarañadas obtuvieron un alpha de Cronbach de 0,77, los ítems que clasifican a las familias como desligadas 0,87, para las preguntas de las familias separadas y las familias conectadas fue de 0,89. Para los ítems que identifican a las familias caóticas el alpha de Cronbach fue de 0,86, mientras que para los ítems de las familias flexibles y las familias equilibradas fue de 0,84 y para las preguntas que clasifican a las familias como rígidas fue de 0,82.³⁸ La versión de este instrumento traducida al español obtuvo un alpha de Cronbach de 0,87.⁴³

APGAR familiar

Este instrumento fue elaborado por el médico Smilkstein en 1978, con el fin de tener un instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio, que permitiera conocer el punto de vista de los pacientes con relación a la situación funcional de sus familias.⁴⁴ APGAR es un acróstico de las 5 principales funciones familiares, según el criterio del autor. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, estos son: ¹⁰

- ✓ Adaptación (A): es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- ✓ Participación o cooperación (P): es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- ✓ Gradiente de recursos o desarrollo (G): es la maduración física, emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- ✓ Afecto o afectividad (A): es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia.

- ✓ Recursos o capacidad resolutive (R): es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Este instrumento se ha usado en los servicios de medicina familiar cuando se observan dificultades con el tratamiento o con los pacientes crónicos, pero sobre todo se usa en investigación con familias. Consta de cinco preguntas, una por cada área o parámetros mencionados anteriormente y dos preguntas más sobre el apoyo de los amigos, que no entran dentro de la puntuación. Solo se tienen en cuenta para valorar cualitativamente si hay redes de apoyo en caso de necesitarse o de disfuncionalidad familiar.¹⁰

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas de forma personal (autoadministrado), excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = algunas veces; 3 = casi siempre y 4 = siempre.⁴⁵

Al sumar las puntuaciones el máximo valor es 20 y se considera que hay buena función familiar entre los 17 y los 20 puntos, disfunción familiar leve entre los 13 y 16 puntos, disfunción familiar moderada entre los 10 y 12 puntos, disfunción familiar severa 9 o menos puntos.⁴⁴

El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas. Ofrece una correlación alta con pruebas especializadas de tal forma que en su validación inicial el APGAR familiar, mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satter white Family Function Index).^{45, 46}

La versión en español fue validada por un grupo de profesionales españoles, en una muestra de 656 pacientes de un centro de salud de Granada, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,84, con lo cual se puede afirmar que es un cuestionario válido y confiable.⁴⁷

En Colombia, Forero y cols.,⁴⁸ realizaron una investigación para determinar la consistencia interna y analizar los factores APGAR que evalúan el funcionamiento familiar en estudiantes de secundaria, es decir con jóvenes entre 11 y 17 años. Se concluyó que el APGAR familiar es un instrumento con excelente consistencia interna (alfa de Cronbach 0,793) y las preguntas que la componen forman parte de un único factor.

Family Environment Scale (FES)

Desarrollada por Moos y Moos, permite describir el entorno familiar, comparar las percepciones de padres e hijos, el nivel de adaptación de los niños y los adultos al

ambiente familiar, discriminar el ambiente familiar de grupos que difieren en la edad, la etnia, y la salud mental; además ha sido usada para evaluar el impacto del acompañamiento a la familia y otras intervenciones. También se ha utilizado para estudiar la relación del entorno familiar con variables psicológicas, trastornos psiquiátricos, incluyendo el trastorno bipolar y el alcoholismo.⁴⁹

Se construyó a partir de entrevistas estructuradas, realizadas a integrantes de varias familias y se adaptaron ítems de otras escalas de valoración del clima social, seleccionados a partir de tres dimensiones: el entorno social (relaciones interpersonales), el crecimiento personal y el mantenimiento del sistema. En total se compone de 10 subescalas. Puede ser usada de tres formas, para revisar el ambiente real, el ambiente ideal y el ambiente esperado.⁵⁰

Las dimensiones definitivas que evalúa son la integridad de la familia, la dinámica familiar, la comunicación, la intimidad y las funciones de cada integrante de la familia. Mide las relaciones interpersonales al interior de la familia con respecto a patrones de crecimiento y sus características organizativas.⁵¹

La confiabilidad se obtuvo a partir de los índices de consistencia interna alfa de Cronbach que varían entre 0,61 y 0,78 para la diez subescalas. La validez discriminante y de constructo ha sido evaluada en varias investigaciones, en las que ha mostrado tener una buena capacidad para discriminar entre familias con ambiente familiar funcional y las familias con problemas.⁵⁰

Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis (F-COPES)

Escala diseñada por Olson, McCubbin y Larsen en 1981, con el fin de identificar la efectiva solución de problemas y las estrategias conductuales utilizadas por familias en dificultades o situaciones problemáticas (crisis).⁴⁰

Las situaciones problemáticas o de crisis fueron descritas en el modelo Doble ABCX formulado por Hill en el año 1958, quien se interesó por estudiar el estrés familiar y el afrontamiento al mismo. El modelo se compone de tres factores que interactúan entre sí ocasionando un cuarto factor. El factor A es el estresor o el evento que puede causar un cambio familiar, el factor B representa los recursos que tiene la familia para afrontar una situación de estrés, el factor C identifica el significado que la familia atribuye a la situación estresante y el factor X es la crisis resultante de la interacción de los otros factores en la respuesta de la familia al estresor.⁵¹

De acuerdo con los autores de la Escala F-COPES (Olson, McCubbin y Larsen) el afrontamiento familiar se da por la interacción de los recursos (factor B) y los significados (factor C) y expresa esos esfuerzos concretos exitosos o fallidos para manejar los estresores.⁵²

Además argumentan que esta escala identifica dos niveles de interacción: **individuo y sistema familiar**, que se refiere a las formas como internamente la familia maneja sus dificultades y problemas entre los miembros; el otro nivel es **la familia y el ambiente social** que describe la forma como la familia maneja los problemas o demandas que surgen en el exterior de sus fronteras, pero que afectan a la familia como unidad o a sus miembros. Se plantea la hipótesis de que las familias que operan con más estrategias conductuales para enfrentar las crisis provenientes de ambos niveles de interacción, se adaptarán más exitosamente a las situaciones de estrés.⁴⁰

El instrumento definitivo consta de 30 ítems, en una escala tipo Likert hasta de 5 puntos donde el desacuerdo con la afirmación vale un punto, moderadamente en desacuerdo 2 puntos, ni en acuerdo ni en desacuerdo 3 puntos, moderadamente de acuerdo 4 puntos y marcadamente de acuerdo 5 puntos. Es autoadministrado. La confiabilidad inicial reportada por los autores, en la versión en inglés, es de 0,86.⁴⁰

En Colombia, Hernández señala que esta escala al ser aplicada y validada en el contexto colombiano arrojó una confiabilidad de la escala total de 0,87 y la de las subescalas fluctuó entre 0,62 y 0,95.⁵²

Las dimensiones o factores que se investigan son:⁴⁰

- ✓ Obtención de apoyo social: se mide a través de 9 ítems que reflejan la habilidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y la familia extensa.
- ✓ Reestructuración: 8 ítems que evalúan la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos manejables.
- ✓ Búsqueda de apoyo espiritual: 4 ítems que se enfocan en la habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.
- ✓ Movilización familiar para obtener y aceptar ayuda: son 4 ítems y miden la habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.
- ✓ Evaluación pasiva: son 4 ítems y evalúan la habilidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.

Escala de Funcionalidad Familiar (ASF)

La escala ASF-20 que se ha utilizado en la presente investigación, fue elaborada por Marie Luise Friedemann, enfermera Suiza quién además planteó la Teoría de Organización Sistémica (TOS). A continuación se describe la teoría general de sistemas que constituye la base teórica sobre la que se fundamenta la Teoría de Organización Sistémica que dio lugar al desarrollo de esta escala. Sobre la escala ASF-20 se presenta una descripción detallada en el capítulo de la metodología.

Teoría General de Sistemas

“La teoría General de Sistemas se concibe como una serie de definiciones, de suposiciones y de proposiciones relacionadas entre sí por medio de las cuales se aprecian todos los fenómenos y los objetos reales como una jerarquía integral de grupos formados por materia y energía; estos grupos son los sistemas.”⁵³ Esta teoría es en sí una metodología que estudia el sistema como un todo, analiza sus componentes y las relaciones entre estos y genera un entendimiento generalizado de cómo funciona el sistema.⁵⁴

Fue creada por Bertalanffy en 1940 a partir de la definición del sistema como un conjunto de elementos que interactúan, en el que además hay límites, elementos, una red de comunicación e información y funciones. Esta teoría define varios componentes: el sistema, el subsistema y el suprasistema. Un sistema se compone de un conjunto de elementos interdependientes entre sí que forman un todo; cuando cambia uno de sus componentes, se cambian los otros, haciendo que el sistema inicial se modifique. Un sistema no hace referencia solo a entidades materiales sino que también a las relaciones; el mejor ejemplo es la familia.⁵⁵ Un subsistema es un conjunto de relaciones y elementos que tienen vínculos y estructura dentro del sistema, el mejor ejemplo son los individuos. Un suprasistema se compone de un conjunto de sistemas que se ha creado gracias a las interacciones y objetivos, es decir el medio que rodea al sistema como los amigos, los vecinos, la familia extensa.⁵⁴

Los sistemas según Bertalanffy pueden ser abiertos cuando mantienen fronteras abiertas con otros sistemas para compartir energía e información y son cerrados cuando hay poco intercambio de energía e información con el medio en el que viven.⁵⁴

Los sistemas también se clasifican según su estructura, su funcionamiento y su teleología. La estructura consiste en el entramado de relaciones que mantienen los componentes del sistema mediante la composición, los límites, los niveles jerárquicos y las relaciones entre otros; según la estructura los sistemas pueden ser simples cuando tienen pocos elementos e interacciones, complejos cuando se componen de muchos elementos e interacciones que exigen mayores niveles de observación para ser estudiados e identificados. También pueden ser muy complejos cuando sus partes y sus interrelaciones están tan entrecruzadas que observarlos, analizarlos o intervenirlos requiere de altos grados de experiencia de los expertos, ejemplos de estos sistemas son una comunidad o un país. El funcionamiento de un sistema se refiere a las funciones que llevan a cabo las partes y el sistema. La teleología expresa la finalidad que tiene el sistema de lograr objetivos o propósitos y por ello no responde a situaciones externas, sino que da mayor sentido a su propia dinámica y puede cambiar consciente o inconscientemente su finalidad, así para que ocurra un efecto, una causa no es suficiente y puede que ocurra o no.⁵⁵

Los principios que sustentan la Teoría general de Sistemas son la totalidad (trasciende las características individuales de sus miembros), la entropía (tendencia a conservar la identidad de un sistema), la sinergia (todo cambio en una de las partes afecta a las demás y probablemente a la totalidad), la finalidad (comparten metas comunes), la retroalimentación (intercambio constante de información), la homeostasis (todo sistema viviente tiende a mantenerse estable) y la morfogénesis (todo sistema tiende al cambio).⁵⁵

Teoría General de Sistemas Familiares

Estudiar la familia como un sistema se traduce en que es necesario entender el comportamiento de un individuo desde el contexto en que vive y se relaciona, no como eventos aislados; además las familias tienen reglas, patrones, secuencias de comportamientos, establecen límites y llevan a cabo rituales, que son importantes de reconocer.⁵⁶

La visión sistémica de la familia, tal como lo expuso Bertalanffy⁵⁴ parte de que todo organismo vivo es un sistema, es decir una estructura dinámica conformada por partes y procesos que interactúan recíprocamente entre sí y además con el contexto donde se halla inmerso. Esto se traduce según Andolfi⁵⁶ en comprender la familia como un todo, sin desglosar los comportamientos individuales y los comportamientos del grupo familiar, para analizar las interacciones, los roles, las formas de funcionar y de organizarse, las expresiones y su conexión como un todo.

Minuchín⁵⁷ define a la familia como un grupo de conformación natural cuya interacción está mediada por pautas que definen la estructura y a su vez gobiernan el funcionamiento y las conductas de los integrantes familiares. Esta estructura permite desempeñar tareas o funciones y el crecimiento de cada individuo con la percepción de que es parte de una familia.

A continuación se describen algunos conceptos que son fundamentales en el estudio de la familia como sistema.

- **La Cohesión**

La "cohesión familiar" es definida como la "ligazón" emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.⁵⁸ Esta ligazón emocional se compone de variables específicas que se pueden medir y determinar así las características de la cohesión familiar. Estas incluyen: fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.⁵⁹

Para Bowlby el afecto entre los miembros de la familia, es un aspecto clave que determina la dinámica familiar, dado que el ser humano se beneficia al sentirse amado y respetado por su grupo familiar, lo cual le da un sentido de pertenencia y satisfacción personal.⁶⁰

- El control

La familia es un sistema auto-organizado que en esencia implica una resistencia a los cambios provenientes del exterior. No obstante la familia desarrolla procesos de asimilación e integración gradual de algunos cambios y rechaza lo que considera es ajeno al sistema.⁶¹

La familia como sistema define reglas para que sus integrantes puedan organizar y llevar a cabo sus comportamientos habituales, es decir los principios que orientan la vida familiar. Para mantenerse unidas y funcionar adecuadamente las familias establecen acuerdos y límites dentro de sus relaciones, aceptando las diferencias. Muchas de estas reglas se definen de manera no consciente, sino más bien implícitamente a través de la interacción de los integrantes de las familias.⁶²

- El cambio

Los cambios en el sistema familiar con frecuencia suceden desde los elementos más externos, ocasionando más resistencia a medida que hay una aproximación al núcleo. Los elementos internos son los orígenes del sistema y son los que están más protegidos de las influencias externas, por tanto son los más estables. Es notorio que los elementos internos (por ejemplo los padres) consideren que sus normas y creencias son las más adecuadas, mientras que los elementos externos (por ejemplo los hijos) se adaptan con facilidad a las nuevas demandas sociales.⁶³

El cambio también es reconocido como la morfogénesis, que puede entenderse como el mecanismo de un sistema para crecer en el tiempo mediante la introducción de ajustes necesarios para adaptarse a situaciones actuales sin perder la identidad original.⁵⁶ Hay comportamientos que determinan la morfogénesis, algunos de los cuales se dan en el nivel del sistema familiar y otros en el nivel personal de los integrantes del grupo familiar. Ejemplo de estos comportamientos son la participación en las actividades culturales en el ambiente externo, las oportunidades de educación y adquisición de información, que pueden ser aceptados e incorporados al sistema, favoreciendo el intercambio cultural y la recepción de recursos comunitarios en momentos de dificultades.⁶⁴

- El crecimiento

El crecimiento es la capacidad del sistema familiar de ajustarse a los cambios internos y externos favoreciendo la evolución y el ajuste sin perder la identidad y la seguridad. En ocasiones, el sistema familiar se resiste a crecer si se superan las pautas que se han mantenido internamente y les han permitido persistir ante las situaciones de la vida. Según Minuchín,⁶⁵ la unidad más pequeña del sistema familiar es el individuo, el cual tiene unos rasgos únicos como la personalidad, los gustos, la visión de la vida y con estos contribuye también en el establecimiento de

las pautas familiares que a su vez realimentan su comportamiento. Aunque el individuo es único, no puede desligarse totalmente de la familia, pues en medio de ella crece como persona, pero guiado por las pautas compartidas evitando también generar estrés al interior de ésta.

- La estabilidad

La homeostasis permite a un sistema familiar permanecer con estabilidad a través del tiempo, usando la información del medio externo como una realimentación para generar cambios pero con equilibrio.⁵⁶ Algunos comportamientos que contribuyen con la homeostasis en la familia son la toma de decisiones, el refuerzo de las reglas, la disciplina, los hijos, las acciones interpersonales como compartir el tiempo y el espacio así como apoyarse mutuamente tanto materialmente como espiritualmente. Con todo ello se da seguridad a sus integrantes, se establecen compromisos personales aunque esto implica la pérdida de algún grado de libertad para pensar de forma independiente.⁶⁶

La estabilidad en la familia se da cuando las reglas orientan los comportamientos no permitidos para centrarse en lo permitido como sistema familiar. También se da porque las reglas favorecen la anticipación de comportamientos, de ahí la importancia de establecerlas y conocerlas.⁶⁷

Teoría de Organización Sistémica

Friedemann construyó la Teoría de Organización Sistémica partiendo de las definiciones propuestas por la Teoría General de Sistemas y de varios expertos en sistemas familiares. Esta teoría (TOS) pretende, orientar la explicación de la función sistémica de los individuos, los sistemas sociales, ambientales y las interacciones entre ellos. De acuerdo con una visión holística y sistémica del mundo, el ambiente, las personas y las familias son macrosistemas abiertos, que se esfuerzan hacia la congruencia y la reducción de la ansiedad. Según esta autora, no existe una estructura que sea la adecuada para las familias, sino más bien es la descripción del estado actual de una familia en el momento en el que se realiza la aplicación de la teoría. Desarrolló además un metaparadigma que incluye los conceptos dinámicos de la familia y la salud de la familia.¹⁰

La Teoría de Organización Sistémica de Friedemann plantea cuatro dimensiones que comprenden todas las conductas que realizan las familias para conseguir los propósitos o metas como familia y son: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación.⁶⁵

El mantenimiento del sistema permite alcanzar las metas de estabilidad y control y comprende las acciones que mantienen la estructura familiar y la protegen de cambios amenazantes. Su función es suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales de los integrantes de la familia. El cambio del sistema orienta las metas de control y crecimiento de la familia y se origina por una presión del mismo sistema

familiar de evolucionar. Esas presiones llevan a los individuos a probar nuevas prioridades en la vida y a su vez estas influyen sobre el grupo familiar. La dimensión coherencia permite el cumplimiento de las metas espiritualidad y estabilidad familiar. Se refiere a la unión de los miembros o subsistemas de la familia y cómo estos luchan por mantenerla, reconoce además la solidaridad y el propósito humano que fundamenta la vida de los integrantes de la familia. La individuación favorece el alcance de las metas crecimiento y espiritualidad, mediante actividades físicas e intelectuales que ayudan a que la persona y la familia crezcan y generen nuevas perspectivas o propósitos en sus vidas.⁶⁸

Las cuatro metas familiares propuestas por la Teoría de Organización Sistémica son la estabilidad, el control, el crecimiento y la espiritualidad. La estabilidad es la tendencia de la familia por mantener sus rasgos básicos como tradiciones y conductas fundamentados en valores y creencias culturales y asegura la transmisión de los mismos a las nuevas generaciones. El Control disminuye la vulnerabilidad de la familia y la protege de amenazas provenientes de las fuerzas externas e internas. El crecimiento permite reorganizar los valores primarios y las prioridades familiares con el fin de suplir esas necesidades de los miembros familiares y del entorno social. La espiritualidad es la forma en que las familias encuentran sentido a sus vidas y logran la unificación para conectarse con un nivel más alto de voluntad que trasciende lo físico, también proporciona identidad y unidad familiar.⁶⁹

La salud familiar según Friedemann¹⁰ se logra con el balance de las cuatro metas anteriormente comentadas. Las metas se equilibran entre sí de tal forma que ningún miembro de la familia tiene que comprometer su crecimiento personal y sentido de bienestar al interactuar con otros miembros de la familia y con otros sistemas de contacto del ambiente. La salud familiar es posible si todos los siguientes criterios se cumplen:

- Las estrategias pertenecientes a las cuatro dimensiones del proceso están presentes.
- El sistema familiar es congruente con sus sistemas de contacto ambiental.
- Hay congruencia dentro del sistema, esto es, todos los miembros de la familia están razonablemente satisfechos con su familia.

Los estilos de vida y los estilos de vida saludable

Estilos de vida. Antes de hacer una aproximación a los conceptos de estilo de vida saludable, es necesario enumerar las definiciones y componentes del estilo de vida, porque facilitarán la mejor comprensión.

En la literatura se registran antecedentes de la definición de estilos de vida desde Karl Marx y Max Weber. Según Karl Marx, los estilos de vida están relacionados con la situación económica de un individuo, con el sistema de producción y la

posición laboral.^{69, 70} Para Weber el estilo de vida se relaciona con los elementos que describió Marx (la economía, la producción y la posición laboral) como indicadores que determinan el estatus de un grupo social. Además definió que la conducta de vida y las oportunidades de vida son dos componentes básicos del estilo de vida.⁷¹

La OMS definió los estilos de vida como la “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.⁷²

Para la OMS, los estilos de vida están condicionados por los comportamientos habituales y por conductas desarrolladas durante la socialización con familiares, compañeros de la escuela y los medios de comunicación entre otros y por lo mismo están sujetos a cambios continuamente.^{72,73}

Henderson y cols., definen el estilo de vida como ese conglomerado de pautas y hábitos que son cotidianos y que se prolongan en el tiempo, cuando hay condiciones constantes y que se constituyen en factores de riesgo o protectores de la salud.⁷⁴

Ejemplos de hábitos de vida son: la actividad física, el manejo de la alimentación y del peso corporal, el consumo de bebidas alcohólicas, el control del estrés, la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar, el tiempo de sueño, el ocio, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco, de drogas, el uso de cinturón de seguridad, el uso de casco cuando se utiliza bicicleta y motocicleta, el cumplimiento de las normas de tránsito, el sexo seguro y protegido, el cepillado de dientes, la vacunación y la adopción de medidas de cribaje para la detección temprana de enfermedades, entre otros.⁷⁵

Según Del Pino y cols.,⁷⁶ los estilos de vida pueden ser factores protectores o factores de riesgo para la salud, debido a que están influenciados por factores individuales, pero sobre todo por los factores sociales o del medio que rodean al individuo, como la cultura, los valores, las normas sociales, la familia, la escuela, las relaciones sociales, las redes de apoyo y hasta el trabajo.

Del Pino y sus colegas destacan que los primeros años de vida de una persona son muy importantes para establecer los estilos de vida, de la misma manera que sucede con los rasgos de la personalidad. Esta premisa les lleva a afirmar que los estilos de vida no saludables se pueden cambiar desde edades tempranas, con la ayuda de las estrategias educativas por parte de los profesionales de salud, que conduzcan al adiestramiento, la orientación, el apoyo y la supervisión tanto en los adultos como en los niños.⁷⁷

Gómez⁷⁷ expresa que los estilos de vida están influenciados por tres clases de factores: los individuales que comprenden las condiciones genéticas, la capacidad intelectual, las tendencias cognitivas, las formas de comportarse, que finalmente

se representan como características biológicas, psicológicas y sociales que hacen a un ser humano diferente de los otros. También están los factores sociales, económicos y culturales como la educación y las redes de apoyo y por último describe los factores que componen el macrosistema social en el que viven las personas y pueden identificarse como el clima, la contaminación, los sistemas de atención en salud y la urbanización.

Oropeza⁷⁸ define el estilo de vida como las conductas frecuentes que asumen los individuos a lo largo de sus vidas y que les permite llevar a cabo las metas que se proponen en función de la organización de su tiempo, permitiéndoles asumir cambios.

En resumen y a partir de los anteriores autores, es posible destacar que los estilos de vida de un individuo están influenciados por la sociedad y las condiciones de vida y que son dinámicos a lo largo del ciclo vital.

Estilos de vida saludable. A continuación se presentarán algunas definiciones y características relevantes de los estilos de vida saludable.

Expertos como Elliot⁷, Becoña y cols.,⁷⁹, Cockerman y cols.,⁷⁴ Maya,⁸⁰ Salazar y Arrivillaga,⁸¹ Montes de Oca y Mendocilla,⁸² refieren que los estilos de vida saludable son las maneras de vivir, las pautas de conducta cotidiana tanto de las personas como de los grupos de seres humanos, que están en sintonía con la promoción y la protección de la salud integral. El estilo de vida de un individuo se fundamenta en las reacciones habituales y en las pautas de conducta que desarrollan durante sus procesos de interacción social, con los padres, los amigos los compañeros y los hermanos, también por la influencia de los medios de comunicación y de los procesos educativos. Sobre los estilos de vida saludable hay influencia de las creencias, los hábitos, las capacidades, las costumbres y los valores de predominio social.

Becoña y cols.,⁸⁰ consideran además, que los estilos de vida y las conductas poco saludables han influenciado la generación de enfermedades crónicas de tal forma que hoy en día han superado a las enfermedades infecciosas como principales causantes de mortalidad y morbilidad en el ser humano. Además añaden que el estado psicológico expresado por los sentimientos y las emociones igualmente repercuten positiva o negativamente en el estado de salud. Cockerman y cols., coinciden con Becoña y cols., al expresar que los estilos de vida también aluden a los factores colectivos que influyen en la salud, como los contaminantes del medio ambiente y las radiaciones ya sean naturales o generadas por procesos varios.⁷⁴

Para Maya⁸¹ son ejemplos de estilos de vida saludables tener objetivos establecidos en la vida, mantener la autoestima, conservar la autodecisión y el deseo de aprender, brindar afecto, sentir satisfacción con la vida, promover la tolerancia y la convivencia, ocupar y disfrutar el tiempo libre, sostener la comunicación y la participación familiar y social, acceder a programas de bienestar y lograr una seguridad económica. De acuerdo con Salazar y Arrivillaga⁸²

algunas conductas son la actividad física, la alimentación, el uso del tiempo libre, las acciones de autocuidado, los servicios médicos y el patrón del sueño, entre otros.

Modelo de Promoción de la Salud

La enfermería junto con otras disciplinas aporta conocimientos a la promoción de los estilos de vida saludable, desde la educación y la investigación. Entre las diferentes teóricas de enfermería, Nola Pender propone un Modelo de Promoción de la Salud, que permite a las enfermeras comprender cómo promover las conductas saludables con intervenciones de calidad.⁸³ En consonancia con el modelo, Pender diseñó con ayuda de otros expertos, el instrumento Perfil de los estilos de vida promotores de la salud versión dos (HPLP II en inglés)^{84, 85, 86} usado en la presente investigación y que se explica en el capítulo de la metodología.

El modelo de Pender ha sido desarrollado durante 27 años y se basa en corrientes filosóficas como la de la interacción recíproca que alude a la visión de los seres humanos como seres integrales que se pueden estudiar desde sus partes sin desconocer el todo. Teóricamente se fundamenta en la “expectativa” entendida como la motivación de las personas de alcanzar objetivos posibles y que resultan valiosos. De la teoría cognitiva social Pender se apoyó en la interacción que ocurre entre los pensamientos, los comportamientos y el entorno, dado que las personas pueden modificar sus conductas cambiando su forma de pensar.⁸⁶

Los supuestos básicos que Pender y sus colaboradoras construyeron para fundamentar el Modelo de Promoción de la Salud y que integran premisas básicas de la disciplina enfermera son:⁸⁷

- Las personas buscan crear condiciones de vida a través de las cuales puedan expresar su potencial único de salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la evaluación de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento orientado en direcciones positivas e intentan lograr un equilibrio personal aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Las personas buscan regular activamente su propio comportamiento.
- Las personas en toda su complejidad biopsicosocial interactúan con el entorno, transformando progresivamente el entorno y transformándose con el tiempo.
- Los profesionales de la salud forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia sobre las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración autoiniciada de los patrones interactivos entre la persona y el entorno es esencial para el cambio de comportamiento.

Los componentes del Modelo de Promoción de la Salud son: las características y experiencias individuales, las conductas-específicas (cognoscitivas y de afecto) y finalmente las conductas-comportamentales (comportamientos promotores de salud). Las características y experiencias individuales tienen en cuenta los comportamientos anteriores o del pasado y la frecuencia con que se llevaron a cabo. Además incluye los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, que son características que influyen en los comportamientos de salud de acuerdo a la edad, la personalidad, la raza, la etnia y el nivel socioeconómico.⁸⁸

Las conductas específicas encierran acciones cognitivas y del afecto que determinan qué hará un individuo a la hora de asumir comportamientos relacionados con la salud. Entre esas acciones están los beneficios que se perciben, las barreras u obstáculos personales, la confianza en sí mismo para llevar a cabo con éxito una conducta, los sentimientos o emociones que ocurren al asumirlas, las influencias interpersonales de amigos, familia y compañeros, la influencia del medio ambiente, la intención de llevar a cabo un comportamiento y finalmente las preferencias personales que ofrecen diferentes posibilidades de acción. Por último las conductas o comportamientos promotores de salud son el resultante de esas decisiones en salud que llevarán los comportamientos deseados.⁸⁶

De las catorce afirmaciones teóricas que se derivan del modelo, hay cuatro que son las que más aportan al fundamento de esta investigación: ^{9,89}

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen apoyo para permitirla.
- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud, son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
- Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación, en la conducta promotora de salud.

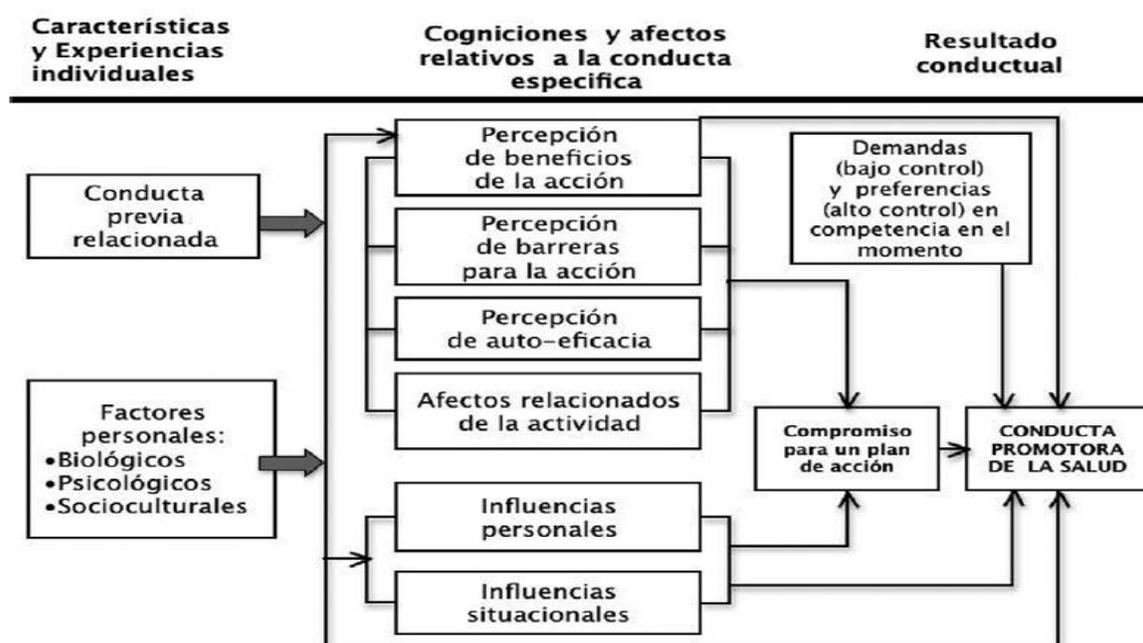
En la figura 1 se presentan los componentes del Modelo de Promoción de la Salud.⁸⁹

A partir de todos los componentes que integran el modelo, se genera un compromiso que lleva a un verdadero plan de acción. Este plan de acción, su vez puede ser influido por las demandas y las diferencias contrapuestas inmediatas. Las demandas son alternativas de comportamientos sobre las cuales los

individuos tienen un grado de control bajo, debido a las situaciones del contexto laboral, familiar entre otros. Las preferencias personales facilitan ejercer un grado de control alto sobre las actividades que orientan las elecciones.⁸⁹ En resumen el modelo resalta la importancia de valorar en el individuo los factores que se cree pueden influir en los cambios de conductas de salud.

En conclusión, desde la disciplina de enfermería, Nola Pender ha expuesto su premisa de que estas conductas de promoción de la salud, se establecen por primera vez en la juventud. Argumenta además, que las personas significativas como los integrantes de la familia son fuente trascendental en la promoción de hábitos de vida saludable.⁸⁹

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender



Fuente: Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión.⁹⁶

Medida de los estilos de vida saludable

Algunos instrumentos que se han utilizado por los investigadores para estudiar los estilos de vida o las conductas saludables, además de la que se ha utilizado en esta investigación, son: FANTASTIC, Standard High School YRBS, The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ), Health protective behavior

scale (HPBS) y en Latinoamérica el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida, de los cuales se hablará brevemente en los próximos párrafos.

Cuestionario Fantastic

Este instrumento fue creado por el Doctor Douglas Wilson quién era integrante del Comité de Médicos de Familia de Canadá (CFPC), como una ayuda de nemotecnia para cumplir con el objetivo de atender a los pacientes de manera holística, lo cual incluye indagar por la familia, la ocupación y los estilos de vida.⁸⁹ Las nueve dimensiones del Fantastic (familia y amigos, actividad física, nutrición, consumo de tabaco y toxinas, consumo de alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad, introspección, carrera profesional y cinturón de seguridad) se definieron a partir de los siete hábitos de salud propuestos por Belloc y Breslow,⁹⁰ las características del estrés tomadas de la propuesta de Seyle⁹¹ y los estudios de Burns y Beck⁹² sobre los factores emocionales relacionados con el estilo de vida, las premisas de Epstein, Bishop y Levin⁹³ y Satir⁹⁴ sobre el funcionamiento familiar y las relaciones sociales.

En total son 25 preguntas con opciones cerradas de respuesta que pueden valer cero (0), uno (1) o dos (2) cada ítem, donde cero significa casi nunca, uno algunas veces y dos equivale a casi siempre, para un total de 50 puntos máximos posibles; obtener un puntaje total entre 42 y 50 puntos traduce que la persona tiene un buen control de sus hábitos de vida, entre 35 y 41 puntos la persona va trabajando de forma correcta, de 30 a 34 puntos la persona tiene un nivel “bueno” de hábitos de vida, de 20 a 29 se considera que un individuo podría controlar mejor algunos aspectos y puntuar entre 0 y 19 implica que se está en peligro y es conveniente actuar en el mejoramiento de las conductas de vida saludable. Se considera que el puntaje total no es indicativo de que se ha fallado sino que hay posibilidad de cambiar el estilo de vida y es muy positivo empezar lo antes posible por aquellos aspectos en los que puntuó cero o uno.⁹²

Los autores del instrumento tras usarlo con sus estudiantes y residentes en la valoración integral de los pacientes, recomiendan emplearlo en la enseñanza y en la práctica individual del médico en la recopilación de datos de los pacientes sobre el bienestar, las crisis vitales o pacientes con enfermedades que tienen un componente de estrés como la úlcera duodenal, la depresión y la migraña.⁹² Se hicieron pruebas de confiabilidad al test original en inglés alcanzando coeficientes de 0,75.⁹⁵

Existen versiones en español y portugués validadas en pacientes mexicanos diabéticos, hipertensos y en adultos brasileños con una fiabilidad alfa de Cronbach en el puntaje global, mayor a 0,6.^{96, 97, 98} En Perú se analizó la fiabilidad del test FANTÁSTICO y alcanzó un alfa de Cronbach de 0,778.⁹⁹ Entre julio de 2009 y julio del 2010 se hizo un estudio transversal observacional de validación comunitaria en Colombia con una versión en español de 25 preguntas, y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,73.¹⁰⁰ Posteriormente a su validación se realizó un estudio en Colombia con 5921 estudiantes universitarios con edades entre los 18 y los 30 años, encontrando que los participantes tienen

comportamientos que representan riesgos para la salud, sobre todo en los dominios de nutrición, actividad física y tabaquismo.¹⁰¹

The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ)

En Grecia se diseñó el Cuestionario de estilo de vida saludable y control personal (HLPCQ), que tiene como objetivo evaluar el concepto de empoderamiento en práctica de conductas saludables, a través de una variedad de actividades diarias que se agrupan en cinco factores: elecciones dietéticas saludables, evitación de daños dietéticos, rutina diaria, ejercicio físico organizado y balance social y mental. El cuestionario se compone de 26 ítems con los cuales la persona encuestada indica la frecuencia con la que realiza los hábitos de vida enunciados de forma positiva y selecciona una de las cuatro opciones tipo Likert que se le presentan (es decir, 1 = Nunca o raramente, 2 = a veces, 3 = a menudo y 4 = siempre). Los autores del instrumento concluyeron que el HLPCQ es una buena herramienta para evaluar la eficacia de futuras intervenciones de promoción de la salud para mejorar el estilo de vida y el bienestar de las personas, dado que encontraron valores alfa de Cronbach de los cinco factores entre 0,651 y 0,818.¹⁰²

Health protective behavior scale (HPBS)

La escala de comportamientos de protección para la salud fue elaborada por un grupo de investigadores chinos, luego de hacer una revisión de literatura en bases de datos sobre contenidos de comportamientos orientados a cuidar la salud. Esta búsqueda arrojó información de varios cuestionarios que indagan sobre calidad de vida, estado de salud, monitorización de la actividad física, el apoyo social, el perfil de salud, el perfil de estilos de vida promotores de salud, pero no encontraron instrumentos que indagaran por la conducta protectora de la salud y esto les motivó a desarrollar un instrumento válido y confiable para medir el comportamiento de protección de la salud.¹⁰³

Después de analizar la información recolectada mediante la realización de una pregunta abierta, construyeron una versión preliminar de la escala con 96 preguntas que fueron posteriormente sometidas a pruebas de consistencia interna, confiabilidad, test-retest, análisis factorial, análisis paralelo, análisis de correlación y análisis de validez de criterio y se llegó a la versión final de 32 ítems que se agruparon en 5 dimensiones: apoyo interpersonal, comportamiento general, autoconocimiento, comportamiento nutricional y cuidado de la salud. El coeficiente alfa de Cronbach total fue de 0,89.¹⁰⁴

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida

Investigadoras colombianas desarrollaron un instrumento para valorar las prácticas y las creencias sobre los estilos de vida, que contempla valorar si se

llevan a cabo actividades de riesgo o de protección para la salud y qué conocimientos y experiencias poseen los individuos acerca de éstas.¹⁰⁵

En total son 108 ítems y de estos, 61 corresponden a las prácticas y 47 a las creencias; se puntúan de acuerdo a la escala likert con las opciones Nunca (0), Algunas veces (1), Frecuentemente (2) y Siempre (3).¹⁰⁶ Las dimensiones que se miden son condición, actividad física y deporte, recreación y el manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño.⁸² La confiabilidad se determinó con un alfa de Cronbach de 0,873.¹⁰⁶ La puntuación general del cuestionario de estilo de vida corresponde a: muy saludable de 348 a 464 puntos, saludable de 261 a 347 puntos, poco saludable de 174 a 260 y no saludable de 116 a 173 puntos.¹⁰⁷

2. MARCO DE REFERENCIA

En la introducción se han mencionado los diferentes instrumentos usados en varios lugares del mundo, para valorar el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludable.

A continuación se presentarán los estudios que se han hecho en el mundo, usando la escala de Funcionalidad Familiar ASF-E y la escala de los Estilos de Vida promotores de Salud HPLP II, que son las usadas en la presente investigación. Adicionalmente se describen estudios localizados en bases de datos, en los que se han evaluado en conjunto el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludable, con un objetivo similar al planteado en esta investigación, aunque no necesariamente fueron hechas con los mismos instrumentos de nuestra investigación.

2.1 Estudios de funcionalidad familiar con la escala ASF-E

La revisión bibliográfica ha evidenciado, que existen publicaciones que miden la validez y confiabilidad en el contexto colombiano y que este instrumento ha sido usado en Finlandia, Estados Unidos, México y Colombia.^{107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114}

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala cabe destacar un estudio realizado en 1999, que describió la versión finlandesa de la escala ASF-E, valorando su validez de constructo y su fiabilidad en 196 familias de pacientes que asistían a la consulta externa de enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar y la enfermedad reumática. Esta versión constaba de 25 ítems inicialmente, pero tras realizar el análisis factorial exploratorio para probar la validez del constructo se redujo a 22 y a estos se les hizo el análisis de factores, quedando así 20 preguntas en total, con las que se logró una fiabilidad total del instrumento de 0,85. Se recomendó agregar ítems a la individuación y posiblemente a otras subescalas, de acuerdo a la cultura de cada región y afirmaron que la escala parecía lo suficientemente buena para ser usada en investigación de funcionamiento familiar.¹¹⁵

En el año 2000 Chaves, Friedemann y Alcorta, desarrollaron una versión para México de la escala que inicialmente tenía 20 ítems en 407 familias usuarias de los servicios de salud de Monterrey. Tras los análisis estadísticos pudieron reagrupar algunos ítems, llegando a obtener un instrumento con 17 y un alpha de Cronbach de 0,76, considerándole de utilidad para medir el funcionamiento familiar en ese contexto.¹⁰⁸ Para determinar la confiabilidad de la versión en español de la escala ASF-E, se aplicó el instrumento en 883 familias de la ciudad de Villavicencio (Colombia), en el 2011. Los hallazgos mostraron coeficientes intraindividuales del instrumento, entre 0,691 y 0,742 y consistencia interna entre los ítems.¹¹³

Criado y Rubiano utilizaron la escala ASF-E en un grupo de 150 familias de estudiantes de enfermería en Colombia, encontrando que estas familias tenían baja efectividad de funcionamiento familiar en el 65,3% de los casos, el 32,7% un nivel intermedio y el restante 2% alta efectividad. La baja efectividad se atribuyó a que las familias al parecer luchan por mantener la estabilidad contraria a las normas externas, impidiendo así la entrada de nuevos conocimientos, lo que interfiere con la morfogénesis del sistema familiar.¹⁰⁹

También se empleó la Escala ASF-E para estudiar la efectividad del funcionamiento familiar en una muestra de 102 familias con adolescentes escolarizados en Paipa (Colombia), en el año 2010, hallando que el 67,2% de las familias participantes tiene un nivel bajo de efectividad, el 32,4% en el nivel intermedio y solo el 4,9% en el nivel alto, estando determinado este resultado por las dimensiones de individuación, coherencia y cambio, mientras las metas fueron puntuadas en niveles intermedios y altos.¹¹⁰

La efectividad del funcionamiento familiar de un grupo de 90 padres adolescentes de San Gil (Colombia) fue baja en el 64,4%, tuvo un nivel intermedio en el 33,3% y un 2,2% un nivel alto. El nivel bajo estuvo influenciado principalmente por las metas de crecimiento y espiritualidad y por las dimensiones de cambio del sistema, individuación y coherencia. De igual manera se encontraron afectadas las metas de crecimiento y espiritualidad pues tuvieron los mayores porcentajes en el nivel intermedio.¹¹¹

Un estudio realizado en el 2011 en Bucaramanga (Colombia), comparó la efectividad del funcionamiento familiar en familias de adolescentes embarazadas (n=77) con un grupo de familias de adolescentes no embarazadas (n=104), usando la escala ASF-E, encontrando que en las familias con adolescentes gestantes predomina el nivel de funcionalidad familiar alto (49,4%), mientras que en las familias con adolescentes no gestantes predomina el nivel intermedio de funcionalidad (57,7%) de las familias. Es decir que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de familias de adolescentes gestantes y no gestantes ($p=0,012$), al parecer por la unión de la familia en torno a proporcionarle bienestar a la madre y al bebé. Las metas con diferencias fueron la estabilidad ($p=0,009$) y el control ($p=0,007$) y las dimensiones de coherencia ($p=0,013$) y mantenimiento del sistema familiar ($p=0,033$).¹¹²

El 66% de las familias con preescolares vinculados a una institución educativa de Bogotá durante el 2011, evaluados mediante esta escala, mostraron tener un nivel alto de funcionamiento familiar, lo cual llevó a concluir a la autora del estudio, que a pesar de que estas familias pertenecen a estratos socioeconómicos relativamente bajos, su efectividad de funcionamiento familiar se soporta en la red social de apoyo que tiene disponible. Este resultado global, se vio influenciado por la puntuación en el nivel intermedio de las dimensiones de mantenimiento, cambio y coherencia.¹¹⁴

Bolaño, Cortina y Vargas, caracterizaron la funcionalidad familiar de niños con dificultades de aprendizaje de algunas instituciones educativas de Sincelejo (Colombia) en una muestra de 86 niños, mediante la escala ASF-E y entrevista a los padres o tutores. Se encontró un 81,9% de funcionalidad familiar baja y un 18,1% de funcionalidad en el nivel intermedio.¹¹⁶

En una muestra de 595 cuidadores de Miami (Florida), se describieron y compararon comportamientos de cuidado a través de instrumentos como the Caregiver Health Index, the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Minimental Status Exam, Assesment of Strategies in Families-effectiveness (ASF-E), the Caregiver-Elder Relationship Scale y Caregiving Tasks Instrument. La muestra fue dividida de acuerdo al origen étnico destacándose cubanos, hispanos, hispanos no blancos y negros. Los resultados evidencian que existen similitudes en los grupos entre la salud del cuidador y el funcionamiento del paciente. La conclusión frente a lo encontrado se encamina a que los profesionales de salud necesitan entender la complejidad de los patrones y sistemas de comportamiento para favorecer la movilización adecuada de los recursos.¹¹⁵

En resumen, la escala ASF-E ha sido usada para valorar la efectividad del funcionamiento en familias con niños en edad preescolar, escolar, adolescentes, adolescentes embarazadas, padres adolescentes y adultos. Además se ha probado su fiabilidad en el contexto colombiano, finlandés y mexicano. Sin embargo, se estima que debe hacerse extensivo su uso hacia la población adulta con enfermedades crónicas como el cáncer.

2.2 Estudios de estilos de vida promotores de salud con el HPLP II

En la revisión bibliográfica, se encontraron los siguientes estudios realizados con este instrumento:

La validez y la confiabilidad de la versión China del HPLP II, fue calculada con los resultados obtenidos en una muestra de 331 taiwaneses. De los 52 ítems quedaron 30, los cuales fueron divididos en cinco factores, los cuales explicaron el 53% de la varianza de las conductas promotoras de estilos de vida saludable. La supresión de los 22 ítems no afectó la capacidad de la versión China, para medir las conductas promotoras en una muestra de adultos taiwaneses. Se destaca que las conductas promotoras de estilos de vida saludable están influenciadas por la cultura.¹¹⁷

La fiabilidad de la escala en su versión para la población turca fue probada por Esin¹¹⁸ y Akca¹¹⁹ encontrando un coeficiente alfa de 0,91 y 0,90 respectivamente. En un estudio en niños con cáncer realizado en Estados Unidos se calculó la fiabilidad el HPLPII en 0,95.¹²⁰ La versión japonesa de la escala tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92.¹²¹ Las autoras del instrumento hicieron la traducción y validación del instrumento al idioma español cuyo nombre es “Perfil de estilo de vida promotor de la salud (HPLP)”, en un grupo de individuos

mexicanos-americanos, en el cual se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,93 para la escala total.¹²²

Se describió el perfil de los promotores de estilos de vida saludable en 264 trabajadores turcos y se determinaron los factores que los afectaban. Las subescalas con los promedios más altos fueron apoyo interpersonal y autorrealización. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación promedio total por variables como el sexo, la educación y el estado civil. Se encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar la edad con la nutrición y el ejercicio, de tal manera que a mayor edad se tienen mejores conductas nutricionales y de actividad física. También hubo diferencias estadísticamente significativas al relacionar el puntaje total de la escala con la percepción del estado de salud actual y con la importancia que se le da a la salud, revelando que quienes mejor perciben su estado de salud y le dan más importancia a la buena salud, obtuvieron mejor puntaje total de la escala HPLP II. Se destacó además que a medida que aumentaban los ingresos, aumentaban los comportamientos de promoción de la salud.¹²³

Para examinar el proceso de adopción de conductas saludables en relación con el manejo del estrés en 42 mujeres de bajos ingresos e infectadas con el VIH, se usó el instrumento HPLP II y mediante metodología mixta, se combinó con la realización de entrevistas a profundidad. Los comportamientos saludables más frecuentemente reportados fueron el crecimiento espiritual y las relaciones interpersonales. La autoevaluación fue el proceso de cambio más reportado.¹²⁴

Ecevit y cols., estudiaron las diferencias en el comportamiento de los estudiantes de enfermería de Turquía, después de introducir en el plan de estudios los contenidos sobre los comportamientos promotores de estilos de vida saludable. Se realizó un estudio longitudinal del 2002 al 2006 con una muestra de 57 participantes. Se encontraron diferencias significativas entre el ingreso y la terminación del programa de enfermería, pues el puntaje total aumentó cuando se estaba en las etapas finales de la carrera.¹²⁵

En una muestra de 149 enfermeras estadounidenses vinculadas a unidades de cuidado intensivo (UCI) y de los servicios de cardiología, neurología y telemetría de un hospital de tercer nivel, se realizó una investigación con el fin de examinar qué comportamientos de estilo de vida promueven la salud de las enfermeras. Los resultados no reflejaron asociación estadística entre las variables demográficas: edad, raza, años de trabajo como enfermera, nivel educativo y los resultados del HPLP II. Los promedios para el nivel de estrés, actividad física y responsabilidad en salud, fueron bajos. La nutrición, la espiritualidad, y las relaciones interpersonales, fueron las dimensiones más altamente puntuadas. Las enfermeras de los servicios de médico-quirúrgicas y telemetría tuvieron una mejor puntuación global que las de la UCI.¹²⁶

Finnegan y cols., se propusieron identificar en grupos de adultos sobrevivientes del cáncer infantil (n= 100), ocho síntomas y condiciones crónicas de salud

mediante la encuesta de gravedad y frecuencia de atenciones prioritarias y además determinar la medida en que la satisfacción con la calidad de vida es variable entre los grupos. Los participantes se clasificaron de acuerdo a la intensidad de sus síntomas en bajo nivel y alto nivel. Los síntomas prevalentes entre todo el grupo de participantes fueron: sentirse sin energía (78%) y tener preocupaciones (79%). Las medias más bajas al aplicar el HPLP-II se dieron en el subgrupo de los participantes con niveles altos de síntomas y se encontraron las medias más altas en el subgrupo de quienes tenían bajo nivel de síntomas. No hubo diferencias entre estos dos grupos al comparar las características demográficas o de salud. Según los autores del estudio, tal vez los comportamientos de salud previos contribuyeron a que existieran diferencias en los perfiles de síntomas entre estos dos grupos de pacientes.¹²¹

Con el objetivo de conocer el efecto del conocimiento cardíaco y la autoeficacia cardíaca en los comportamientos de salud en 157 pacientes coronarios, se utilizaron los cuestionarios de conciencia y conocimiento de enfermedad coronaria, la escala de autoeficacia y el HPLP II. Los sujetos mostraron conocimiento cardíaco relativamente bajo, alta autoeficacia cardíaca y un moderado nivel de las conductas de salud. Los resultados sugirieron que la autoeficacia demostró ser el factor de mayor influencia en los comportamientos de salud y que las acciones de enfermería que se desarrollen deben ser consecuentes con las características de los pacientes con el fin de mejorar efectivamente las conductas saludables.¹²⁷

Un equipo de profesionales japoneses desarrolló un estudio para aclarar la diferencia de los estilos de vida promotores de salud, entre trabajadores agricultores y no agricultores (n=627). No se hallaron diferencias estadísticas en la puntuación global del HPLP II entre los dos grupos. La categoría que tuvo el puntaje más alto fue el crecimiento espiritual, mientras la actividad física fue la más baja. Los trabajadores más viejos y las mujeres mostraron más alto puntaje que todo el grupo, independientemente del trabajo.¹²⁸

Con el objetivo de dilucidar la relación entre el estado subóptimo de salud con el estilo de vida, se usó el HPLP II en una muestra de 11.144 estudiantes chinos. De acuerdo con la declaración del estado de salud de cada uno de los estudiantes, se clasificaron en tres grupos. Los que consideraban tener un buen estado de salud, los que declararon estar enfermos y el tercer grupo fueron quienes manifestaron tener un estado subóptimo de salud, entendido este último como un estado intermedio entre la enfermedad y la salud y que se caracterizaba por una disminución de la vitalidad, en la función fisiológica y en la capacidad de adaptación. Los resultados mostraron que la mayoría 55,9% de los estudiantes reportó un estado subóptimo de salud, y además prevaleció un estilo de vida moderado o bueno. Se halló correlación positiva entre estado de salud y estilo de vida ($r=0,563$). Para cada dimensión del modelo HPLP-II, los valores de la media fueron más bajos para los participantes que informaron un subestado de salud o los enfermos, comparados con aquellos que informaron estar sanos. Se halló relación entre las dimensiones del cuestionario HPLP-II ("crecimiento espiritual",

"responsabilidad en salud", "actividad física", "relaciones interpersonales" y "manejo del estrés") con el estado subóptimo de salud.¹²⁹

En Taipei (China) durante tres meses, se evaluaron los efectos de una intervención educativa de estilos de vida promotores de salud por Internet dirigida a enfermeras, comparándola con una estrategia convencional con material escrito, con un total de 55 enfermeras en el grupo de intervención y 60 en el grupo de control. Para medir los efectos se usaron dos cuestionarios: el Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II) y el Short Form Health Survey (SF-36), más el cálculo del índice de masa corporal (IMC). Los hallazgos permitieron concluir que la educación virtual es una intervención positiva y accesible para la enseñanza de estilos de vida promotores de salud.¹³⁰

En un estudio con 118 estudiantes extranjeros al Sur de Corea, se encontró que el factor de riesgo más prevalente fue el elevado perfil lipídico en sangre, seguido por el sobrepeso y la obesidad y los elevados niveles de glucosa en ayunas. El 52% de los participantes tenían uno o más factores de riesgo cardíaco y puntuaron con un nivel bajo en las conductas promotoras de estilos saludables. La dimensión más altamente puntuada fue el crecimiento espiritual y las más bajas fueron la responsabilidad en salud y la actividad física.¹³¹

Baheiraei y cols., estudiaron estilos de vida promotores de salud y sus determinantes, incluyendo el apoyo social y las características sociodemográficas, en la experiencia de las mujeres iraníes (n=1359) en la promoción de comportamientos saludables, mediante un diseño metodológico mixto. Se obtuvieron puntajes altos en las relaciones interpersonales y puntajes bajos en la actividad física. Todas las subescalas del HPLP II tuvieron correlación con el nivel de soporte social. Se resalta la importancia entre el apoyo social y las variables modificables que juegan un papel importante en la promoción de comportamientos de las mujeres.¹³²

Para determinar los predictores de la salud que promueven el comportamiento del estilo de vida entre los estudiantes de medicina (n=2118) que asisten a 97 escuelas de formación en Turquía, se utilizó el HPLPII, encontrando que los estudiantes de primer semestre obtuvieron mejor puntuación que los de sexto semestre, también obtuvieron mayor puntaje en el valor total de la escala HPLPII esto es, mejores conductas saludables, los estudiantes cuyo nivel educativo de los padres era secundaria o superior a la secundaria, pertenecían a familias con mejor situación económica, los estudiantes solteros, quienes no fumaban y quienes calificaron su estado de salud como bueno; las subescalas crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, responsabilidad en salud, nutrición y manejo del estrés fueron altamente puntuadas, mientras la peor puntuada fue la actividad física.¹³³

Vidal diseñó una investigación para determinar la relación entre conductas promotoras del estilo de vida saludable y variables psicosociales, demográficas y de salud en Chile. Halló asociación estadísticamente significativa entre estilos de vida promotores de salud y los determinantes estructurales como percepción de

problemas del entorno, satisfacción con aspectos de la vida, apoyo afectivo, apoyo y confianza, autoestima y autoeficacia. Los factores psicosociales se encuentran fuertemente asociados a estilos de vida promotores de salud.¹³⁴

Laguado y Gómez, caracterizaron los estilos de vida saludable de 154 estudiantes de enfermería, mediante el instrumento HPLP II. Destacan que los comportamientos que alcanzan la frecuencia saludable habitualmente, están en las dimensiones espiritual y de relaciones. En conclusión, estiman que los estudiantes de enfermería no realizan rutinariamente conductas consideradas como saludables, con lo cual se potencia el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.¹³⁵

Coral y Vargas realizaron un estudio de acción participativa en una muestra de 237 estudiantes universitarios de enfermería, cuya primera fase identificó problemáticas y estrategias relacionadas con los estilos de vida saludable y la segunda fase consistió en la implementación y evaluación de estrategias para el fomento de estos estilos saludables en este grupo de estudiantes. Encontraron que los participantes conocen las conductas o estilos de vida saludable, pero no los practican, ante lo cual la conclusión es que para lograr cambios significativos y perpetuados en el tiempo, se requiere compromiso.¹³⁶

Resumiendo, el Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, en diferentes situaciones con el objetivo de caracterizar la promoción de conductas saludables en las personas de varios contextos, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado enfermero tal como se evidencia en los trabajos publicados, los cuáles conservan un interés implícito hacia el cuidado, la mejora de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad.

2.3 Estudios de funcionalidad familiar y estilos de vida promotores de salud

Solo se han hallado dos estudios que relacionen la funcionalidad familiar y los estilos de vida promotores de salud. Uno de ellos se hizo en un grupo de profesionales chinos con el objetivo de investigar los comportamientos saludables y el funcionamiento familiar en pacientes sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares y las relaciones entre estas dos variables. Para ello tomaron una muestra de 88 pacientes que habían sido diagnosticados con accidente cerebrovascular y que asistieron a la consulta de control de neurología entre agosto de 2011 y febrero de 2012 en un hospital terciario de Guangzhou, China.¹³⁷ Los pacientes seleccionados diligenciaron los instrumentos: Family Assesment Device-FAD y Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II).

Los principales hallazgos dieron como resultado una puntuación de la función de la familia FAD global media de 130,60 puntos, de un total de 240 puntos posibles, equivalente a un promedio de 2,18 es decir un moderado nivel de función familiar; las dimensiones con mayor puntaje promedio, es decir con mayor afectación

fueron respuesta emocional (2,41), control de comportamiento (2,36), comunicación (2,26) y la implicación emocional (2,22).¹³⁸

La puntuación media de las conductas de salud HPLP-II global fue 118,02 puntos, con un máximo posible de 208 puntos, con equivalencia en promedio a 2,27, lo cual indica que la frecuencia de las conductas varió, de “a veces” a “a menudo”. Las dimensiones con el puntaje más alto, es decir las conductas saludables mejor asumidas, fueron la nutrición con 24,7 puntos (promedio = 2,74), las relaciones interpersonales con 21,34 puntos (promedio = 2,36) y el manejo del estrés 18,86 puntos (promedio = 2,36) y la puntuación más baja fue para el factor del ejercicio con 15,02 puntos (promedio = 1,88).¹³⁸

Para hallar la existencia de relaciones entre el funcionamiento familiar y la puntuación total de los comportamientos en salud de la familia, utilizaron la correlación de Pearson, y los análisis mostraron que la puntuación total de la función de la familia en los pacientes con accidente cerebrovascular, se correlacionó negativamente con el comportamiento de la salud, de manera que cuando la función de la familia fue mejor, hubo mejores estilos de vida promotores de salud. Es decir, que el alto puntaje obtenido con la escala FAD que implica un mal funcionamiento familiar, se relacionó inversamente con la promoción de los estilos de vida saludable, esto es a mayor disfunción familiar, menor grado de promoción de conductas de vida saludable.¹³⁸

Con excepción de la dimensión del involucramiento emocional, todas las dimensiones del funcionamiento familiar, se correlacionaron negativamente con los comportamientos saludables, entre las cuales la comunicación ($r = -0,439$) y las conductas de control ($r = -0,391$) fueron las más correlacionadas. Por otra parte todas las dimensiones de las conductas promotoras de salud, se correlacionaron negativamente con la puntuación global del funcionamiento familiar, siendo las correlaciones más fuertes las de las dimensiones de relaciones interpersonales ($r = -0,408$) y de autorrealización ($r = -0,502$).¹³⁸

Los autores concluyeron que los pacientes que sobrevivieron a un accidente cerebrovascular, muestran solo un compromiso moderado en los comportamientos saludables; también que el funcionamiento familiar influye en las conductas de salud de los pacientes. Por lo tanto recomiendan intervenir fuertemente con medidas que mejoren estos comportamientos, especialmente el ejercicio.

El segundo estudio fue realizado en Chile, con el objetivo de indagar la relación entre el funcionamiento familiar y los estilos promotores de salud en mujeres usuarias de un centro de salud en el año 2012. La muestra estuvo constituida por 141 mujeres entre los 30 y los 40 años, que se hubiesen realizado la citología durante el año 2011.¹³⁸

Como variable dependiente se tomó el estilo de vida saludable, para lo cual se usó la escala “Health Promoting Lifestyle Profile II”. La variable independiente fue el funcionamiento familiar, evaluado a través de la escala “Cómo es su familia” de

autoría de la Organización Panamericana de la Salud, el cual permite identificar familias disfuncionales y en riesgo biopsicosocial.¹³⁹

El funcionamiento familiar mostró comportamientos superiores al promedio, es decir que hay un buen funcionamiento familiar. Sin embargo, en el afrontamiento de los problemas, la tendencia es que estas familias busquen el apoyo que necesitan en diversas redes sociales, es decir en entes ajenos al mundo familiar, lo cual según los autores de la investigación, restringe la interacción entre padres e hijos. También argumentan los investigadores, que la búsqueda de las respuestas de tipo profesional se ve limitada por la participación de personas no idóneas para responder a las exigencias familiares, pues no se busca la ayuda profesional, sino en personas cercanas a la familia.¹³⁹

Los resultados evidenciaron que los puntajes en los estilos de vida promotores de salud estuvieron entre 54 y 138 puntos, con un promedio de 86,56 puntos, de tal forma que los puntajes de la escala total y las subescalas se ubicaron en el nivel medio bajo, principalmente el crecimiento espiritual, el manejo del estrés, las relaciones interpersonales, la nutrición, la actividad física y la responsabilidad en salud.¹³⁹

Los autores concluyeron que no existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y los estilos promotores de salud, en general. En cuanto a la relación existente entre el funcionamiento familiar y las conductas promotoras de salud por subescalas, se encontró que los que se relacionan significativamente presentan niveles medios, por lo que los autores consideran entonces que no se cumple cabalmente lo propuesto por el modelo de Nola Pender. Solo se observó cierta relación significativa en los subfactores del afrontamiento de los problemas, con las dimensiones de crecimiento espiritual, manejo del estrés, relaciones interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud. La actividad física no tuvo significancia estadística con el funcionamiento familiar. De acuerdo con estos resultados, el efecto de la estructura familiar no es relevante en la mayor prevalencia de las conductas de riesgo que vivencia una familia.¹³⁹

Resultan llamativos los hallazgos de este último estudio, pues se tiende a pensar que si la familia es funcional, la generación de conductas saludables va a tener un ambiente propicio.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su objetivo de orientar a los países, en la mejora de la salud de las personas, ha desarrollado desde 1986 varias conferencias mundiales en lo que ha denominado “promoción de la salud y modos de vida sanos” y a partir de estas, se han determinado las intervenciones a llevar a cabo para contrarrestar las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que de no intervenirlas de manera eficaz y conjunta, se prevé que en el año 2030 este tipo de enfermedades superen a las enfermedades transmisibles, las materno-perinatales y nutricionales como causa principal de defunción.⁶ Cada vez es mayor la evidencia que la mayor parte de los cánceres no son de origen hereditario y que conductas de estilo de vida como la alimentación, el consumo de alcohol y tabaco y las infecciones tienen una relación con la generación de estas enfermedades.¹³⁹

También en cuanto a las muertes por cáncer, se atribuyen a factores de riesgo conocidos, como la historia familiar de cáncer con un riesgo atribuible de 5% a 10%, el consumo de tabaco con un 25% a 30% de riesgo atribuible, la dieta de 30 a 35%, la obesidad del 10% al 20%, el consumo de alcohol de 4% a 6%.¹⁴⁰

Uno de los factores prevenibles de la mortalidad de los seres humanos en el mundo es el tabaquismo. Se estima que actualmente más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y que se cobra la vida de más de cinco millones cada año.¹⁴¹ Con la tendencia del aumento del consumo se calcula que para el 2030, el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año y de esta forma para el final de siglo dejará un millón de víctimas, lo cual afectará principalmente a las regiones de ingresos bajos y medios.¹⁴²

Fumar se constituye en un factor de riesgo para seis de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Este hábito es un factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colón, cavidad oral, esófago y leucemias así como de otras patologías como, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, infarto, aborto, partos prematuros, defectos congénitos e infertilidad. Afectan no solo la biología del ser humano, sino su desarrollo económico y productivo, debido a la pérdida de la capacidad productiva y los costes por la atención en salud.¹⁴³

Son más de 60 las condiciones que afectan la salud humana que se relacionan con el consumo de alcohol, como algunos tipos de cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas, irregularidades neuropsiquiátricas, daños al feto por el consumo durante la gestación, lesiones intencionales, accidentes de tráfico, episodios de violencia intrafamiliar, entre otras más.¹⁴³ En la Región de las Américas el consumo de alcohol causó 302860 muertes en el 2012 y afectó más a los hombres que a las mujeres y los países con mayor carga de mortalidad fueron Venezuela, Guyana y Brasil.¹⁴⁴

La inactividad física es la responsable de 3,2 millones de muertes en un año, pues este comportamiento aumenta hasta en un 30% las posibilidades de morir por cualquier causa. Aunque la inactividad física se ha relacionado con el alto desarrollo económico de los países, recientemente se observa que está aumentando en los países de ingresos medios, en donde las mayores afectadas son las mujeres. Por otro lado, las dietas no saludables, representadas en el consumo elevado de sal, la baja ingesta de frutas y verduras, la preparación de alimentos con grasas saturadas y ácidos grasos trans, aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y de colon y recto.⁶

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud publicó el último informe técnico que evalúa los cambios acontecidos en el período de 2010 a 2014, a partir de las cifras de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Se destaca que la hipertensión arterial aumentó de 25,9% en mujeres a 31,3% y en los hombres de 23,8% a 28,7% y la mayor prevalencia se concentra en el grupo etario de quienes tienen entre 55 y 70 años. La estimación de la carga de enfermedad en las mujeres mostró 132799 casos nuevos de cáncer, siendo el más incidente el de mama y seguido por el de cuello uterino; en los hombres los casos nuevos de cáncer fueron 174638, con el cáncer de próstata en el primer lugar y seguido por el cáncer de colon y recto que muestra una tendencia al aumento.¹⁴⁵

Para 2014 la prevalencia de diabetes mellitus en las mujeres colombianas fue de 4,6% y en los hombres de 4,3%, en general estas cifras representan una disminución frente a años anteriores. La prevalencia del EPOC se mantuvo para ambos sexos, siendo de 3,3% en las mujeres y de 4,1% en los hombres.¹⁴⁶

Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Situación de Salud ENSIN-2015, muestran que en la población colombiana hay cambios nutricionales propiciados por el aumento en las responsabilidades personales y laborales que impiden dedicar tiempo para la preparación de los alimentos y obliga a consumir más alimentos procesados, frituras. También tiende a disminuir el tiempo para hacer actividad física y ejercicio. Estas circunstancias han determinado que para 2015, uno de cada tres (37,7%) jóvenes y adultos tenga sobrepeso y uno de cada cinco (18,7%) tenga obesidad, es decir que el 56,4% de población en Colombia presenta sobrepeso y esto equivale a un incremento de 5,2 porcentuales con respecto al año 2010. La obesidad es más frecuente entre las mujeres (22,4%) con respecto a los hombres (14,4%).¹⁴⁶

La misma ENSIN-2015 señala que cerca de la mitad de los adultos en Colombia hacen 150 minutos a la semana de actividad física moderada o 75 minutos de actividad vigorosa o fuerte. Cuatro de cada diez mujeres y seis de cada 10 hombres cumplen con la recomendación de la OMS frente a la realización de actividad física.¹³⁶ En el caso del consumo de tabaco, algo más de tres millones de personas son usuarias y con respecto al alcohol, alrededor de 8,5 millones serían consumidores activos, mientras 2,5 millones estarían en condición de consumo de riesgo o perjudicial.¹⁴⁷

De acuerdo con la OMS, el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo y en el 2015 se le atribuyeron 8,8 millones de muertes, representados sobre todo en cáncer de pulmón (1,69 millones), de hígado (788.000), colorrectal (774.000), gástrico (754.000) y de mama (571.000).¹⁴⁸

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, para el periodo 2007-2011 se estimaron en Colombia 29.734 casos nuevos de cáncer por año en hombres y 33.084 en mujeres. Así mismo, las tasas de incidencia ajustadas por edad por cada 100.000 habitantes para todos los tipos de cáncer, excepto el de piel, fue de 151,5 en los hombres y de 145,6 en las mujeres.¹⁴⁹

Entre los hombres las principales localizaciones fueron próstata (TAE 46,6 x 100.000 habitantes), estómago (18,5 x 100.000 habitantes), pulmón (12,9 x 100.000 habitantes), colon-recto y ano (12,2 x 100.000 habitantes), y linfomas no Hodgkin (7,5 x 100.000 habitantes). En mujeres, las principales localizaciones fueron mama (33,8 x 100.000 habitantes), cuello del útero (19,3 x 100.000 habitantes), colon-recto y ano (12,3 x 100.000 habitantes), estómago (10,3 x 100.000 habitantes) y tiroides (9,4 x 100.000).¹⁵⁰

La disciplina enfermera tiene un “privilegio” incalculable frente a la participación en el control de enfermedades crónicas no transmisibles, dado que es el profesional de Enfermería, quien desarrolla y lidera programas de prevención de la enfermedad y promoción de estilos de vida promotores de salud. Estos programas incluyen estrategias como la generación de condiciones favorables en el entorno, la participación activa de los individuos en la educación y los cambios en los estilos de vida.¹⁵⁰

Los comportamientos ejercidos por los padres son fuente de aprendizaje para sus hijos, sean estos positivos o negativos, pues es bien sabido que los hijos replicarán lo que ven de sus padres y qué mejor que sean las conductas que favorecen el cuidado de la vida. De ahí la importancia de desarrollar trabajo conjunto con las familias, que potencie los comportamientos saludables y la modificación de aquellos que no se asumen adecuadamente.¹⁵¹ Esta es una característica que los profesionales de enfermería pueden aprovechar para dar cuidado e intervenir a nivel familiar.

Resumiendo lo anteriormente comentado podemos afirmar que en Colombia y en el mundo se han desarrollado caracterizaciones de los estilos de vida saludables en profesionales de Medicina y de Enfermería y de estudiantes universitarios de facultades de Enfermería, en familias con niños escolarizados, pacientes con diferentes enfermedades crónicas físicas y mentales; estas caracterizaciones describen cuáles son los hábitos o conductas más prevalentes entre la población estudiada según los instrumentos implementados,¹¹⁸⁻¹³⁷ también se describe el funcionamiento familiar con variados instrumentos validados y con confiabilidad establecida.²³⁻⁵² Solo dos de los estudios encontrados, se centran en evaluar la asociación entre funcionalidad familiar y estilos de vida saludable. El primero en China con el FAD y el HPLP-II en pacientes adultos sobrevivientes de accidentes

cerebrovasculares¹³⁸ y el segundo en Chile, mediante el HPLP II y el instrumento “Como es su familia” de la OPS (para adolescentes), en mujeres adultas.¹³⁹ Si bien el HPLPII fue elaborado por enfermeras, los instrumentos usados para la evaluación del funcionamiento familiar en los dos estudios mencionados anteriormente, son de autoría de profesionales de otras disciplinas, por tanto resulta muy valioso para la profesión tratar asuntos como estos, con teorías e instrumentos propios de la disciplina y validados para contextos como el colombiano.

La práctica se beneficia con la generación de conocimientos a partir de la investigación, por tanto, profundizar en aspectos que permitan la comprensión de la relación que media entre el funcionamiento de un grupo familiar y los estilos de vida promotores de salud en las comunidades, beneficiará a las familias de pacientes con enfermedades crónicas.

Dado que el cáncer colorrectal es probablemente el cáncer humano con mayor componente familiar y que además dentro de los factores de riesgo se tienen condiciones modificables bajo la orientación del cuidado disciplinar como la dieta, el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la actividad física, los conocimientos derivados de esta investigación serán fundamentales para el cuidado de las familias de pacientes con cáncer colorrectal, siendo necesario para estructurar planes de cuidado contextualizados, además de generar propuestas de investigación desde diferentes perspectivas, que respondan a las necesidades en salud de las familias.

A la vista de todo lo anterior, a través de la presente investigación, se pretende dar respuesta a la pregunta: **¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y la generación de los estilos de vida saludable en familias de pacientes con cáncer de colon y recto?**

A través de la respuesta a la pregunta de investigación, se busca aportar cualificación al cuidado de enfermería con las familias, profundizar en esos aspectos que son relevantes para el grupo familiar a la hora de asumir y practicar a lo largo del tiempo los estilos de vida saludable, al mismo tiempo que se establece el nivel de funcionamiento familiar, abriendo la perspectiva de poder influenciar positivamente sobre estas variables.

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis

La hipótesis de este estudio ha sido:

Un mejor funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal se asocia positivamente con estilos de vida saludable.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Analizar la relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludable, en familias de pacientes con cáncer de colon y recto.

5.2 Objetivos específicos

- Describir las características de las familias de los pacientes con cáncer colorrectal integrantes de la muestra.
- Describir el funcionamiento familiar de las familias de pacientes con cáncer colorrectal a través de las metas y las dimensiones del sistema familiar, descritas en la teoría de la Organización Sistémica.
- Determinar los estilos de vida saludables de las familias de pacientes con cáncer de colon y recto, mediante las dimensiones de crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, nutrición, actividad física, responsabilidad con la salud y manejo del estrés.
- Determinar estadísticamente si existe correlación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludable.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del Estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal

6.2 Población

Constituida por pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal, vinculados a una organización sin ánimo de lucro, que asesora adultos con cáncer, en la ciudad de Bogotá. En esta organización están afiliadas 4705 personas con diferentes tipos de cáncer y de estas 491 personas tienen diagnóstico de cáncer de colon y recto, según los datos del año 2015.

6.3 Cálculo del tamaño muestral y muestreo

La muestra para la investigación se calculó mediante el programa Epidat versión 4.1 con la fórmula que se presenta a continuación. Para su cálculo se consideró que el 50% de la población presentaba relación entre la funcionalidad familiar y los estilos de vida promotores de salud:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde p es la proporción de la población en que se espera se cumpla la hipótesis nula (0,5), q es la proporción en que se espera que no se cumpla la hipótesis nula (0,5), ¹⁵² N es el tamaño de la población total, Z es el nivel de confianza deseado (90%), y e es el error o la precisión de las estimaciones (0,08). El tamaño muestral resultante fue 87 pacientes. Cabe aclarar que finalmente se entrevistaron 78 pacientes del listado total proporcionado por la Fundación debido a que situaciones como la inseguridad predominante impidieron las entrevistas en el domicilio y se dispuso de un tiempo limitado por la institución para hacer las entrevistas. Además, 12 de ellos ya habían fallecido y algunos otros rechazaron ser contactados (n=55). Por estas mismas razones se usó el muestreo de conveniencia.

Los sábados, desde febrero y hasta noviembre de 2016, se realizaron las llamadas para citar a los usuarios en las instalaciones de la Fundación el sábado siguiente, con el fin de firmar el consentimiento informado y realizar la recogida de

la información en los cuestionarios. Después de esa fecha, la Directora de la Fundación SIMMON, estimó inconveniente continuar con la recogida de la información dado que en el mes de diciembre se da cierre a las actividades con los pacientes y no autorizó continuar. Los pacientes fueron informados desde la fundación que después de ese tiempo no habría autorización para contactarlos, por tanto no se logró completar la muestra calculada.

6.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

6.4.1 Criterios de inclusión

- Ser paciente adulto (mayor de 18 años) diagnosticado con cáncer colorrectal
- Estar vinculado con la Fundación Simmon
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.

6.4.2 Criterios de exclusión

- Residir fuera del perímetro urbano de la ciudad de Bogotá
- Paciente con incapacidad para cumplimentar los cuestionarios

6.5 Escenario del Estudio

La Fundación Simmon fue creada en agosto de 2010, después de que su fundadora Adriana Garzón fuera también diagnosticada con cáncer y evidenciara en carne propia las dificultades que viven estos pacientes en este país para recibir atención; específicamente los adultos, pues existen ya muchas fundaciones orientadas a la defensa y asistencia de los niños con cáncer.¹⁵³

Sus siglas significan, Sinergias Integradas para el Mejoramiento del Manejo Oncológico y dedica su esfuerzo a brindar orientación gratuita a los pacientes adultos con cáncer y a sus familias, en temas legales, de cuidados de enfermería, de nutrición y de psicología.

Se trata de una fundación colombiana sin ánimo de lucro, con cobertura nacional, integrando sinergias con diferentes actores que intervienen en el manejo del cáncer, en búsqueda de la transformación de la realidad de los pacientes adultos oncológicos, incidiendo en las políticas públicas en salud.¹⁵⁴

La misión de la Fundación Simmon es “transformar la realidad de los pacientes adultos con cáncer, a través del aporte a la construcción de leyes que permitan la detección temprana y el tratamiento oportuno con continuidad, calidad y dignidad; con un equipo de profesionales que trabajan bajo parámetros de excelencia

operativa, en sinergias con actores que intervienen en el manejo del cáncer para orientar y acompañar al paciente durante su diagnóstico, tratamiento y recuperación”¹⁵⁵.

Bajo la metodología de grupos de apoyo o autoayuda, que son agrupaciones pequeñas de pacientes y voluntarios que se ayudan mutuamente para satisfacer necesidades comunes y generar cambios sociales e individuales, se crearon espacios denominados “Caminando Juntos con Simmon”. Existen grupos de acuerdo a la patología y en ellos se comparten las experiencias individuales, de la mano de un profesional en de la salud.

Como es una fundación con cobertura nacional, en su base de datos hay cerca de 5773 usuarios diagnosticados con cáncer a febrero de 2015, lo cual incluye pacientes de fuera de Bogotá, de estos 1416 son hombres y 4357 son mujeres.¹⁵⁵

La distribución de los pacientes residentes en Bogotá por tipo de cáncer en la Fundación Simmon a agosto de 2015 son los que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las formas de cáncer en los pacientes residentes en Bogotá

Tipo de cáncer	Frecuencia absoluta
Mama	1937
Colon y recto	491
Cuello uterino	468
Linfomas	383
Estómago	309
Tiroides	240
Próstata	233
Ovario	226
Leucemia	211
Piel	207
Total	4705

Fuente: Fundación SIMMON. ¿Quiénes somos? [en línea] 2015 [consultado 26 abril 2015] Disponible en: <http://www.simmoncancer.org/>¹⁵⁵

6.6 Variables de la investigación

En la tabla 2 se describen las variables dependientes: estilos de vida promotores de salud y el funcionamiento familiar. En la tabla 3 se muestran las variables independientes sociodemográficas y familiares.

Tabla 2. Descripción de las variables dependientes

VARIABLES	CUESTIONARIO	DIMENSIONES/METAS
Estilos de vida promotores de salud	HPLPII	<ul style="list-style-type: none"> -Responsabilidad en salud -Actividad física -Nutrición -Crecimiento espiritual -Relaciones interpersonales -Manejo del estrés
Funcionamiento familiar	ASF-E	Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> - Cambio - Mantenimiento - Cohesión - Individuación Metas: <ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad - Crecimiento - Control - Espiritualidad

Tabla 3. Descripción de las variables independientes

V.Independientes	VARIABLES	Unidad de medida/categorías	Tipo de variable
Características socio demográficas	Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa
	Sexo	Hombre / Mujer	Cualitativa
	Estado civil	Casado, unión libre, soltero, viudo, separado	Cualitativa
	Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Técnica Universitaria Posgrado	Cualitativa Ordinal
	Filiación religiosa	Ninguna Católica Cristiana Evangélica Otra	Cualitativa
	Ocupación	Ninguna Hogar Trabaja Estudia Estudia y Trabaja	Cualitativa
	Familiar con Dx de cáncer colorrectal	SI (Parentesco) NO	Cualitativa
	Actualmente en tratamiento	SI NO	Cualitativa
	Tipo de apoyo recibido de la familia	Económico Cuidado de la salud Emocional Ninguno	Cualitativa
	Frecuencia con que se da el apoyo	Permanente Casi siempre Algunas veces Nunca	Cualitativa Ordinal

Continuación tabla 3. Descripción de las variables independientes

V.Independientes	VARIABLES	Unidad de medida/categorías	Tipo de variable
Características familiares	Tipología familiar	<p><u>NUCLEAR:</u></p> <p>Unipersonal: vive solo una persona</p> <p>Nuclear Completa: ambos padres y los hijos (solo dos generaciones, no nietos)</p> <p>Nuclear Incompleta: faltan el padre o la madre y viven los hijos (solo dos generaciones, no nietos)</p> <p>Pareja sin hijos: parejas jóvenes o viejas, sin hijos en el hogar.</p> <p><u>EXTENSA:</u></p> <p>Extensa Completa: la pareja con hijos vive con otras personas de la familia (abuelos, nietos, primos, tíos, sobrinos)</p> <p>Extensa Incompleta: el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos y otros parientes (abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos)</p> <p>Pareja sin hijos con parientes: parejas sin hijos en el hogar y otros parientes</p> <p>Jefe y otros parientes: vive el jefe sin hijos con otros parientes</p> <p><u>COMPUESTA:</u></p> <p>Familia compuesta por parientes y no parientes</p>	Cualitativa

Continuación tabla 3. Descripción de las variables independientes

V.Independientes	VARIABLES	Unidad de medida/categorías	Tipo de variable
Características familiares	Ciclo vital familiar	<p>Etapa 1: Formación de la pareja (hasta el nacimiento del primer hijo)</p> <p>Etapa 2: Crianza inicial de los hijos (hasta los 30 meses del primer hijo)</p> <p>Etapa 3: Familia con niños preescolares (hasta los 6 años del primer hijo)</p> <p>Etapa 4: Familia con niños escolares (hasta los 13 años del primer hijo)</p> <p>Etapa 5: Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)</p> <p>Etapa 6: Familia en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa)</p> <p>Etapa 7: Familia de edad media (hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja)</p> <p>Etapa 8: Familia anciana (hasta la muerte de uno de ambos miembros de la pareja)</p>	Cualitativa

6.7 Instrumentos para la recogida de la información

A continuación se describen los instrumentos que se emplearon para obtener la información, y describir las características del funcionamiento familiar y sus estilos de vida saludable.

6.7.1 Características sociodemográficas y familiares

Se elaboró una hoja para recoger esta información para ser autoadministrada. Previamente se sometió a verificación mediante una prueba piloto. El objetivo fue detectar inconsistencias, palabras incomprensibles o falta de información sobre aspectos que se querían valorar en esta investigación. Posteriormente se realizaron los respectivos ajustes. Las opciones de respuesta fueron delimitadas de acuerdo a las posibilidades del contexto colombiano.

Los datos del informante recogidos fueron la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, filiación religiosa, ocupación y rol que ocupa dentro de la familia de convivencia y la percepción del participante de las características de la familia de convivencia, de tal manera que se pudo determinar la tipología familiar, la etapa del ciclo vital familiar y el número de integrantes de la familia. (Ver tabla 3)

No se solicitaron datos como nombres, número de identificación, números telefónicos, ni firmas o cualquier otro dato que pudiera atentar contra la confidencialidad del respondiente familiar. (Ver anexo 1).

6.7.2 Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar en español ASF-E

La versión en español de Assessment of Strategies in Families (ASF-20) se conoce como Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar en español ASF-E.

Esta escala fue propuesta por Marie Luise Friedemann consta de 20 preguntas que evalúan las dimensiones (coherencia, individuación, cambio del sistema, mantenimiento del sistema) y las metas (espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control) del sistema familiar. La definición de cada dimensión y meta ha sido previamente desarrollada en el apartado de la teoría general sistémica.

Cada pregunta tiene tres posibles respuestas a las cuales se les ha asignado un valor entre 1 y 3 puntos para hacerlas cuantificables, en donde 1 punto es el nivel más bajo, 2 es el nivel intermedio y 3 es el nivel más alto de funcionalidad familiar.^{155,156} La calificación máxima es de 60 puntos y la mínima de 20. Los niveles de funcionamiento se clasifican en: bajo nivel de funcionalidad familiar a los puntajes entre 20 y 50 puntos, el nivel intermedio entre 51 y 55 puntos y el

nivel alto de funcionalidad familiar a los puntajes entre 56 y 60 (Ver anexos 2, 3 y 4). Estos indicadores descriptivos permiten a las personas encuestadas responder teniendo en cuenta la situación que más frecuentemente se presenta, tiene la limitación que registra solo la percepción subjetiva de un integrante familiar que no tiene por qué coincidir esta percepción en dos miembros de una familia.¹⁵⁷

Las dimensiones se miden a través de los siguientes ítems:

Coherencia: ítems 1, 5, 10, 15 y 18

Individuación: ítems 3, 7, y 12

Cambio del sistema: ítems 4, 8, 13, 17 y 20

Mantenimiento del sistema: ítems 2, 6, 9, 11, 14, 16, 19

Las metas se miden a través de los ítems:

Estabilidad: ítems 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 y 19

Crecimiento: ítems 3, 4, 7, 8, 12, 13, 17 y 20

Control: ítems 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19 y 20

Espiritualidad: ítems 1, 3, 5, 7, 10, 12, 15 y 18

En cuanto a la fiabilidad del instrumento original en inglés, presentó con un alfa de Cronbach que osciló entre 0,60 y 0,84.¹⁵⁶ La escala permite diferenciar entre el funcionamiento familiar, en familias cuyos integrantes reflejan problemas y los que no.

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se usa la escala original diseñada por Friedemann, traducida al español por el Departamento de Lenguas Extranjeras de la Universidad Nacional (2006). Se realizó una prueba de validez de contenido con 25 familias y 25 expertos y se encontraron 57 de los 60 ítems con un 80% de comprensión y claridad, se ajustaron los ítems que tenían un porcentaje inferior y se enviaron los resultados a la autora, quien revisó y la validó.¹⁵⁸

En diferentes estudios realizados en el contexto colombiano se han encontrado coeficientes alfa de Cronbach superiores del 0,70.^{109-114,117}

6.7.3 Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)

El instrumento HPLP II propuesto por Nola Pender, se compone de 52 ítems que miden los comportamientos de la teoría de los estilos de vida promotores de salud agrupados en seis dimensiones o subescalas: el crecimiento espiritual, las relaciones interpersonales, la nutrición, la actividad física, la responsabilidad de la salud, y el manejo del estrés.⁸⁵⁻⁸⁷ (Ver Anexo 5).

- El crecimiento espiritual: que se centra en el desarrollo de los recursos internos y se consigue a través de trascender, de la conexión, y el desarrollo. El trascender pone en contacto a cada persona con un ser más equilibrado,

proporciona paz interior y abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para convertirse en algo más, yendo más allá de quién y qué se es. La conexión es el sentimiento de armonía, plenitud, y la unión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido y trabajar hacia metas en la vida. ^{84, 87}

- Las relaciones interpersonales: implican la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía interior significativa, en lugar de relaciones más informales con los demás. La comunicación implica el intercambio de pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales. ^{84, 87}
- La nutrición: implica el conocimiento para la selección y el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con las directrices de la Pirámide Guía de Alimentos de la Organización Mundial de la Salud. ^{84, 87}
- La actividad física: se trata de la participación regular en una actividad ligera, moderada y / o vigorosa. Puede ocurrir dentro de un programa planificado y supervisado o no, como parte de las actividades de la vida cotidiana o de ocio. ^{84,88}
- La responsabilidad en salud: alude a un sentido activo de responsabilidad para el propio bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, la autoeducación acerca de la salud y el ejercicio del consumismo informado al buscar ayuda profesional. ^{84,88}
- El manejo del estrés: consiste en la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión. ^{84,88}

Para establecer la validez y la fiabilidad de este instrumento original en inglés, se hizo un estudio con 952 adultos en las comunidades del medio oeste de Estados Unidos. El análisis factorial aisló seis dimensiones: autorrealización, responsabilidad de la salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés. El análisis factorial de segundo orden arrojó un único factor, interpretado como estilo de vida promotor de la salud. El coeficiente de fiabilidad alfa para la escala total es 0,922; los coeficientes alfa para las subescalas varían de 0,702 a 0,904. La intención de las autoras es que este instrumento permita investigar patrones y determinantes del estilo de vida promotor de la salud, así como los efectos de las intervenciones para modificar el estilo de vida. ⁸⁵⁻⁸⁷ Esta fiabilidad incluye la versión traducida al español por las propias autoras. ¹⁵⁸

Los puntajes del perfil de los estilos de vida promotores de salud versión 2 (HPLP II) se definieron así: Nunca (N) = 1; A veces (S) = 2; A menudo (O) = 3; Frecuentemente (R) = 4 (Ver anexo 6).

La puntuación general del estilo de vida saludable, se obtiene mediante el cálculo de la media de las respuestas del individuo a los 52 ítems. El puntaje de las seis dimensiones se obtiene de forma similar, calculando el promedio de las

respuestas a los ítems que conforma cada una de ellas. El uso de los valores medios en lugar de sumas de los elementos de la escala se recomienda para retener la medición de los puntajes de 1 a 4 de las respuestas y para permitir las comparaciones de los resultados a través de las subescalas.⁸⁵⁻⁸⁷

Los ítems incluidos en cada dimensión son los siguientes:

Estilos de vida promotores de Salud	1-52
Responsabilidad en salud	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
Actividad Física	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Nutrición	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
Crecimiento Espiritual	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
Relaciones Interpersonales	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
Manejo del estrés	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47

6.8 Valoración de sesgos

Los sesgos más frecuentes en las investigaciones y las medidas de control fueron:

- Sesgo de medición. La información se recogió en un solo momento para cada paciente y bajo las mismas condiciones de ambiente natural para todas. Igualmente los cuestionarios fueron aplicados por la misma investigadora quien a su vez fue quien registró la información en la base de datos y posteriormente la procesó. La medición e interpretación del nivel de efectividad de la funcionalidad familiar y del perfil de los estilos de vida promotores de salud, se hizo teniendo en cuenta las recomendaciones de las autoras de los cuestionarios.
- Sesgo de instrumentación. Los instrumentos no usan un lenguaje complicado, ofrecen varias posibilidades de respuestas por ítem y son preguntas que atañen al interior de cada familia, es decir que la persona que la responde, puede generar una respuesta verídica y propia a partir de una buena comprensión de lo que se pregunta. Además se realizó un estudio piloto para evaluar la comprensión de los cuestionarios.
- Sesgo o efecto de Hawthorne.¹⁵⁹ También conocido como sesgo del observado. Dentro del marco de esta investigación se evitó al no haber influencia de ambientes desconocidos y rígidos que obligaran a tomar una respuesta particular sobre las otras. Los cuestionarios se cumplimentaron en las instalaciones de la fundación ya que es un ámbito con el cual estaban familiarizados los participantes. El papel de la investigadora fue el de motivar a los participantes a contestar con la mayor sinceridad, dejando presente que al tratarse de una descripción de situaciones familiares y de conductas saludables, no hay una respuesta que sea mejor que la otra, por ello no se ejerció coacción hacia determinadas respuestas. Los formatos

de las escalas son de tipo autoadministrados, lo que permitió tener privacidad a la hora de señalar las respuestas.

- Sesgo del entrevistador. Se neutralizó partiendo de la necesidad de que las respuestas no deben ser inducidas para conocer la realidad, no es el interés de esta investigación encontrar a todas las familias funcionales o disfuncionales, o de saber que todas las familias tienen conductas saludables o de determinar relaciones entre ellos antes de conocer lo que sucede naturalmente. La función de la investigadora, fue la de aclarar las preguntas o respuestas utilizando términos establecidos por las autoras de los instrumentos sin inducir o coaccionar respuestas.

6.9 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto, con el objetivo de determinar y ajustar los procedimientos propios del desarrollo de la investigación, como el tiempo promedio necesario para la cumplimentación de los tres cuestionarios, ajustar las preguntas de la encuesta de características sociodemográficas y familiares, y aclaraciones adicionales en el formato de consentimiento informado.

En cuanto a la muestra necesaria para la prueba piloto, se tomaron 16 participantes que cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión vinculados a la Fundación SIMMON, pero con diagnóstico de linfoma de Hodgkin. Se eligió este tamaño por cuanto así lo proponen algunos autores¹⁶⁰ cuando argumentan que la prueba piloto debe tener una muestra de 10 a 30 personas que cumplan con los mismos requisitos o criterios de inclusión de la muestra principal en la que se realizará la investigación.

El tiempo medio utilizado para la cumplimentación de los instrumentos fue de 55 minutos. No hubo inquietudes con respecto al consentimiento informado, pero en el formato de datos sociodemográficos, se hizo evidente que se debía organizar de otra forma la disposición de los datos, para obtener la estructura, la tipología familiar, y el ciclo vital familiar. Igualmente se determinó usar la tipología familiar empleada por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, con el objetivo de poder compararlos a la hora de realizar el análisis y la discusión. Ver anexo 1

6.10 Procedimiento para la recolección de la información

Las directivas de la Fundación dieron instrucciones precisas para llevar a cabo el contacto telefónico y presencial con los pacientes, debido a incidentes ocurridos en el pasado con algunos de ellos. Por tanto las llamadas telefónicas se hicieron por parte de la investigadora, desde las instalaciones de la Fundación y con los teléfonos móviles de la institución. La investigadora pudo acceder a los listados impresos por los funcionarios, pero debía devolverlos al final de cada jornada sin

fotografiar o fotocopiar información. A cada grupo de pacientes que llegaba a las instalaciones de la Fundación, se les dieron las instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios.

Aquellos pacientes que no podían realizar la encuesta por sí mismos, fueron ayudados a través de la lectura de las preguntas en voz alta, y se registraron las respuestas que cada uno manifestó, sin manipular la respuesta.

Posteriormente los cuestionarios fueron revisados completamente por la investigadora para comprobar el registro de la totalidad de las respuestas y se procedió a pasar las respuestas en una matriz de Excel, que contenía las mismas variables, de cada cuestionario.

6.11 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Para el análisis descriptivo de los datos se han calculado frecuencias y porcentajes en el caso de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión en el caso de variables cuantitativas.

En el análisis bivariado se aplicó el test de chi cuadrado para mostrar la asociación entre variables cualitativas. Se utilizó el test exacto de Fisher cuando no se cumplieron los criterios de aplicación para el test anterior.

Para determinar si existían asociaciones entre las variables cualitativas y cuantitativas se realizó una comparación de medias mediante Anova de un factor o la prueba de la t de Student. Se han aplicado estos test paramétricos ya que el tamaño muestral es superior a 30.

Para cuantificar el grado de relación lineal existente entre dos variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

6.12 Aspectos Éticos

La presente investigación tuvo en cuenta entre los aspectos éticos, documentos internacionales como el informe de Belmont,¹⁶¹ dada su trascendencia en la investigación biomédica y de allí se tomaron los principios de:

- Respeto a las personas, que aboga por el respeto a la autonomía de los individuos, lo cual incluye a aquellos individuos cuya capacidad de autonomía está disminuida, por quienes se exige protección. Se

reconoce la autonomía como la capacidad de una persona de deliberar sobre sus metas personales y actuar de conformidad con ellas.

En esta investigación el respeto se materializó en la libertad de los sujetos que conformaron la población, de ser parte de la muestra, sin ninguna presión o cohesión por parte de la investigadora, así mismo por el valor que sus opiniones merecen frente cualquier interés particular.

- La beneficencia, se refiere a la procura del bienestar de un individuo, que no tiene carácter de caridad, sino de obligación; es decir el no hacer daño y el potenciar al máximo los beneficios disminuyendo los daños posibles.

Por lo que se propuso en esta investigación, formular conocimiento alrededor de la importancia de la familia en la generación de conductas promotoras de salud, sin manipular adversamente comportamientos que trastornen o manipulen indebidamente el curso de la vida de las personas, pero siempre procurando advertir los daños presentes o posibles en las actividades que ya están arraigadas en los individuos y que perjudican la salud.

- La injusticia, ocurre cuando un beneficio se niega sin razón válida o se imponen responsabilidades de forma indebida. Mientras que hay justicia cuando existe el trato igualitario a todos los participantes de una acción.

Por lo anterior, en esta investigación se materializó la justicia, en la participación de los individuos de forma voluntaria y teniendo como centro su deseo de querer formar parte de la misma. Además este tema genera conocimiento que llevado a la práctica beneficia directamente la forma de trabajar con las familias de personas con cáncer. Sin embargo como lo expresan Burns y Grove¹⁶² generalmente, “la investigación de enfermería no terapéutica no beneficia a los sujetos” participantes de forma directa, sino más bien son una forma de obtener conocimiento y estrategias de cuidado para futuros usuarios y pacientes.

En Colombia la Resolución 8430 de 1993¹⁶³ establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y de acuerdo a la clasificación de las investigaciones que allí se presenta, la presente investigación se clasificó como una sin riesgo, debido a que no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes.

Pero por tratarse de una actividad investigadora con pacientes con cáncer y sus familias y garantizando el derecho a la autonomía, se firmó un consentimiento informado diseñado, con los parámetros de la resolución 8430, la cual lo define como “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su

caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”.¹⁶⁴ (Ver Anexo 7).

El respeto por los derechos de autor se mantuvo durante la ejecución de esta investigación, referenciando las fuentes bibliográficas de las cuales se tomaron conceptos, opiniones, datos o aproximaciones conceptuales, además acatando las instrucciones de los autores de cada uno de los instrumentos usados.

Las autoras del instrumento “Health Promoting Lifestyles Profile II (HPLP) autorizan el uso del instrumento para fines investigativos y académicos no lucrativos.⁸⁷ (Ver anexo 8)

Para el instrumento Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (ASF-E) se escribió correo electrónico a su autora Marie Luise Friedemann, quien envió comunicación escrita con su autorización y solicitó el envío de los resultados. (Ver Anexo 9)

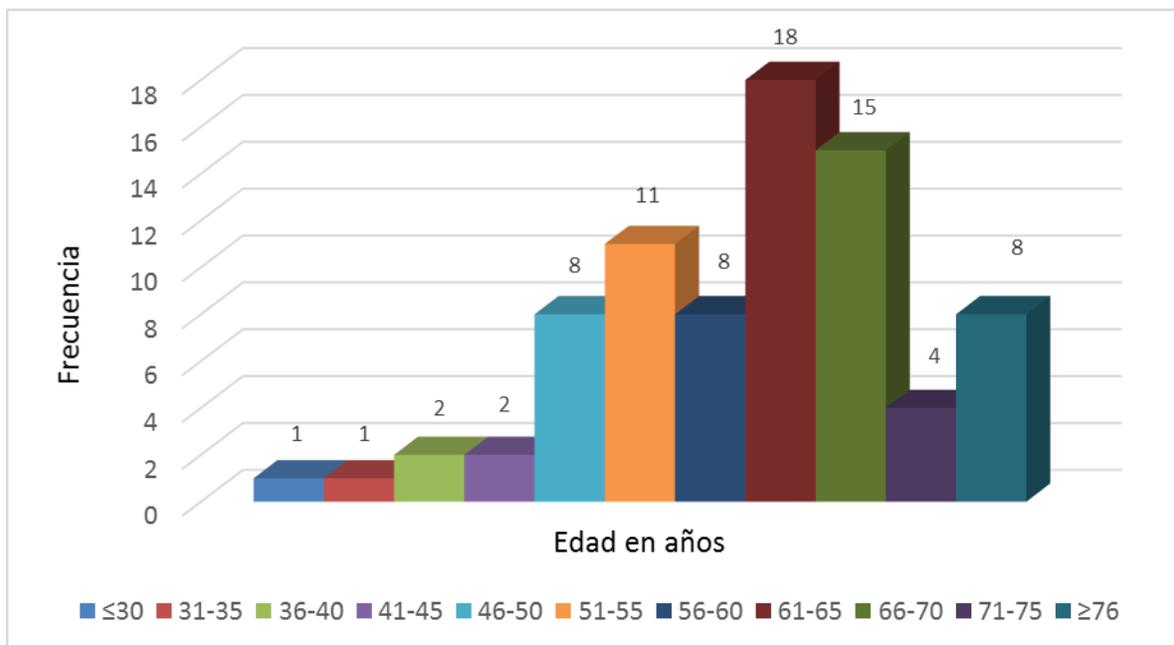
7. RESULTADOS

7.1 Caracterización de los participantes en el estudio

7.1.1 Aspectos sociodemográficos

En esta investigación participaron 78 pacientes con cáncer de colon y recto de los cuales, el 65,4% eran mujeres. La edad media fue de 60,8 años (DE = 11,03), con un rango entre 28 y 82 años (Figura 2).

Figura 2. Distribución de las edades de los participantes (n=78)



En cuanto a la escolaridad se destaca que excepto el 3,8% de los pacientes, todos estudiaron algún nivel educativo, con predominio de la enseñanza secundaria (42,3%) y técnica (16,7%) (Tabla 4).

La mayoría (56,4%) de los pacientes participantes tenía como ocupación las labores del hogar, mientras un 23,1% manifestó que trabajaba fuera del domicilio. (Tabla 4).

El 83,3% de ellos declaró ser cristiano católico, un 9,0% manifestó ser cristiano no católico, mientras otro 1,3% dijo ser judío mesiánico. El 6,4% no pertenece a ninguna religión. (Tabla 4)

Tabla 4. Nivel de escolaridad, ocupación y creencias religiosas de los participantes.

Características	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de escolaridad		
Ninguno	3	3,8
Primaria Incompleta	11	14,1
Primaria completa	8	10,3
Secundaria incompleta	19	24,4
Secundaria completa	14	17,9
Técnica	13	16,7
Universitaria	10	12,8
Total	78	100,0
Ocupación		
Baja laboral	13	16,7
Hogar	44	56,4
Trabaja	18	23,1
Estudia y trabaja	3	3,8
Total	78	100,0
Creencias religiosas		
Cristiano Católico	65	83,3
Cristiano no católico	7	9,0
Judía mesiánica	1	1,3
Ninguna	5	6,4
Total	78	100,0

7.1.2 Historia familiar de cáncer colorrectal

El 21,8% de los pacientes manifestaron que tenían otro familiar con diagnóstico de cáncer colorrectal y entre estos predominaron los hermanos (n=5; 29,4%), los padres o las madres (n=4; 23,5%) y los tíos (n=3; 17,6%), aunque también hubo primos, sobrinos e hijos.

En el momento de la entrevista, el 44,9% de los participantes estaban recibiendo tratamiento, mientras el resto 55,1% se encontraba asistiendo a sus controles post-tratamiento.

7.1.3 Tipo de apoyo familiar

Sobre el tipo de apoyo recibido de parte de sus familiares, un 84,6% reconoció recibir algún tipo de apoyo. El mayor porcentaje (38,5%) manifestaron recibir tres formas de apoyo a la vez: emocional, económico y en el cuidado de su salud. El 15,4% manifestó no tener ningún tipo de apoyo, mientras que el 17,9% dijo recibir apoyo emocional solamente (Tabla 5). La frecuencia con la que reciben el apoyo es permanente para el 50% de los pacientes, casi siempre en el 23,1%, algunas veces 11,5% y nunca reciben apoyo el 15,4%.

Tabla 5. Tipo de apoyo recibido por los participantes de parte sus familias

Tipo de apoyo recibido	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	12	15,4
Emocional	14	17,9
Económico	5	6,4
Cuidado de la salud	7	9,0
Emocional y cuidado de la salud	7	9,0
Emocional y económico	2	2,6
Económico y cuidado de la salud	1	1,3
Emocional, cuidado de la salud y económico	30	38,5
Total	78	100,0

7.1.4 Etapa del ciclo familiar y tipología familiar

Las familias estaban predominantemente en la etapa de lanzamiento (38,5%) y familia anciana (29,5%), lo cual significa que eran familias en las que la mayoría de sus integrantes son adultos. Para esta clasificación se tuvo en cuenta la propuesta por Duvall ¹⁶⁴ (Tabla 6).

Tabla 6. Etapa del ciclo vital familiar de los pacientes

Etapa de ciclo vital familiar	Frecuencia	Porcentaje
Etapa 5: Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)	8	10,3
Etapa 6: Familia en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa)	30	38,5
Etapa 7: Familia de edad media (hasta el fin del período laboral de uno o ambos miembros de la pareja)	17	21,7
Etapa 8: Familia anciana (hasta la muerte de uno de ambos miembros de la pareja)	22	29,5
Total	78	100,0

De la tabla 7 se observa que la familia nuclear, ya sea completa (29,5%) o la incompleta (17,9%) fueron las más comunes entre estos pacientes. La tipología familiar usada en esta investigación es la publicada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia 2015 para hacer viable la comparación de los datos.¹⁶⁵

Tabla 7. Tipología familiar de los pacientes

Tipología familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear		
Unipersonal	9	11,5
Nuclear Completa: ambos padres y los hijos	23	29,5
Nuclear Incompleta: falta el padre o la madre y viven los hijos	14	17,9
Pareja sin hijos: parejas jóvenes o viejas	20	25,6
Extensa		
Extensa completa: pareja con hijos y abuelos, nietos, primos, tíos, sobrinos	3	3,8
Extensa incompleta	6	7,7
Pareja sin hijos con parientes	0	0
Jefe y otros parientes	2	2,6
Compuesta		
Compuesta	1	1,3
Total	78	100,0

7.2 Descripción del funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal

Se utilizó la Escala Evaluación de la Funcionalidad Familiar ASF-E. Una vez obtenidos los datos, se determinó el coeficiente alfa de Cronbach y el valor fue 0,87.

En la tabla 8 se describen los valores medios de la puntuación global de la escala del funcionamiento familiar. De los 60 puntos posibles, la puntuación mínima registrada en estas familias fue de 26 y el máximo de 58 y la mediana 47.

Tabla 8. Descripción de la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal (n=78)

Funcionamiento Familiar ASF-E	Mínimo-máximo general	Media	Desviación estándar general	Mediana general (IQR)
	26-58	46	7,83	47

En la tabla 9 se presenta la clasificación de los niveles de las dimensiones de funcionamiento familiar. Todas las dimensiones se encuentran en mayor porcentaje en el nivel medio-alto, siendo la individuación la única dimensión con un mayor porcentaje en el nivel bajo con un 44,9%. La dimensión con mayor proporción en el nivel alto fue el mantenimiento, mientras que el cambio tuvo su mayor proporción en el nivel intermedio.

Tabla 9. Niveles de funcionamiento familiar por dimensiones de los pacientes con cáncer colorrectal

DIMENSIÓN / NIVEL	Coherencia		Individuación		Cambio		Mantenimiento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel Bajo	17	21,8	35	44,9	4	5,1	5	6,4
Nivel Medio	38	48,7	31	39,7	49	62,8	25	32,1
Nivel Alto	23	29,5	12	15,4	25	32,1	48	61,5
Total	78	100,0	78	100,0	78	100,0	78	100,0

Las metas del sistema familiar se encontraron en un mayor porcentaje en los niveles medio-alto de funcionamiento familiar. La meta espiritualidad fue la que tuvo un porcentaje más alto en el nivel bajo (21,8%) respecto al resto de las metas (Tabla 10).

Tabla 10. Niveles de funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal por metas

META / NIVEL	Estabilidad		Control		Crecimiento		Espiritualidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel Bajo	8	10,3	4	5,1	4	5,1	17	21,8
Nivel Medio	26	33,3	28	35,9	54	69,2	37	47,4
Nivel Alto	44	56,4	46	59	20	25,6	24	30,8
Total	78	100,0	78	100,0	78	100,0	78	100,0

Al final del cuestionario (ASF-E) que evalúa el funcionamiento familiar, se formularon dos preguntas abiertas sobre si hubo cambios en el funcionamiento familiar después de haber sido diagnosticado con cáncer y en qué cambió.

El 59% de los pacientes (n=46) percibieron que hubo cambios en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico. Sin embargo, los cambios no siempre fueron positivos. Quienes afirmaron que los cambios fueron negativos, se refirieron sobre todo al abandono familiar y a la desunión (“al comienzo de la enfermedad se preocuparon pero luego se apartaron de mí”; “ya no puedo trabajar y ya no me apoyan”; “mi esposo se hizo más distante”). Los cambios positivos fueron relatados como: “que los familiares se preocuparon más por la salud del paciente y se unieron como familia”, “se volvieron más espirituales”, “se preocuparon más por el cuidado de su salud individual”, “valoraron más la vida y las prioridades y los proyectos de la vida cambiaron”.

El resto de pacientes contestó que no percibió cambios porque ya estaban unidos y siguieron unidos o porque sus familiares no cambiaron sus malos tratos y rencores o resentimientos hacia las personas diagnosticadas con cáncer (Tabla 11).

Tabla 11. Cambios en el funcionamiento familiar después del diagnóstico de cáncer colorrectal

Tipo de cambio	n	%
No cambio	32	41,1
Cambio positivo	36	46,2
Cambio negativo	10	12,8
Total	78	100,0

7.3 Determinación de los estilos de vida promotores de salud de los pacientes

Para evaluar los estilos de vida promotores de salud se utilizó la escala HPLP II y se calculó alpha de Cronbach para este estudio y fue de 0,93.

Como se puede observar en la tabla 12, la media de las respuestas de todos los participantes a los 52 ítems fue de $2,8 \pm (0,43)$, lo cual clasificó los estilos de vida saludable entre “a veces” y “frecuentemente”, es decir un nivel intermedio para la práctica de comportamientos saludables.

Tabla 12. Descriptivos de los estilos de vida saludable (HPLP II) de los pacientes con cáncer colorrectal (n=78)

Estilos de Vida Promotores de Salud General o total HPLP II	Mínimo-máximo general	Promedio general	Desviación estándar general	Mediana general (IQR)
	1,8-3,6	2,8	0,43	2,8

Tabla 13. Descriptivos de las dimensiones de los estilos de vida saludable (HPLP II) de los pacientes con cáncer colorrectal participantes (n=78)

Dimensión	Mínimo - máximo	Promedio	Desviación estándar	Mediana (IQR)
Crecimiento espiritual	1,8 – 4,0	3,06	0,48	3,00
Manejo del estrés	1,5 – 3,6	2,59	0,49	2,62
Actividad Física	1,0 – 3,9	2,14	0,73	2,12
Relaciones Interpersonales	1,4 – 4,0	2,93	0,62	3,00
Nutrición	1,8 – 3,8	2,77	0,55	2,88
Responsabilidad en salud	1,6 – 4,0	2,94	0,62	2,94

Las medias más altas se obtuvieron en las dimensiones crecimiento espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales y el más bajo en la dimensión actividad física (Tabla 13).

7.4 Determinación de asociaciones entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares

Se hizo un análisis bivariado para estudiar la asociación entre el funcionamiento familiar (global y por dimensiones y metas), las variables sociodemográficas, clínicas y familiares y los cambios experimentados en el funcionamiento familiar después de ser diagnosticados de cáncer colorrectal. Los resultados se presentan en las tablas 14, 15 y 16.

En primer lugar se analizó si había asociación entre el funcionamiento familiar total y las variables sociodemográficas, encontrando que había diferencias significativas. Existe mejor funcionamiento familiar entre quienes tuvieron mayor nivel de estudios (superior) ($p=0,034$), recibieron algún tipo de apoyo de parte de sus familias ($p<0,001$) y quienes recibieron el apoyo familiar de forma permanente ($p<0,001$). La tipología familiar unipersonal presentó una media inferior a los otros grupos en el funcionamiento familiar con valores muy próximos a la significación estadística ($p=0,055$). (Tabla 14)

Con respecto a las dimensiones del funcionamiento familiar, se observan diferencias estadísticamente significativas en la individuación ($p=0,002$) y en el cambio ($p=0,017$) respecto al nivel de escolarización, presentando una puntuación media más alta quienes tienen un nivel de escolaridad superior. (Tabla 15)

Los pacientes que no perciben que reciben ningún tipo de apoyo familiar (emocional, cuidado de la salud, económico) son los que presentan niveles más bajos de coherencia, individuación y mantenimiento, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p<0,001$, $p=0,011$, $p=0,003$ respectivamente). Por último, las familias nucleares tienen un mejor funcionamiento familiar en la dimensión coherencia ($p=0,005$). (Tabla 15)

Quienes tuvieron un nivel educativo en el nivel superior reflejaron mejor funcionamiento familiar en las metas control y crecimiento ($p=0,047$ y $p<0,001$). Por el contrario, los que no recibieron ningún tipo de apoyo (emocional, cuidado de la salud, económico) presentaron niveles más bajos de puntuación en todas las metas alcanzando la significación estadística, con menor estabilidad, control, crecimiento y espiritualidad ($p<0,001$, $p=0,007$, $p=0,015$ y $p<0,001$ respectivamente). Los que recibieron el apoyo familiar de forma permanente presentaron la puntuación media más alta en todas las metas. Pertenecer a una familia nuclear se asoció con el buen desarrollo de las metas del funcionamiento familiar: estabilidad ($p=0,018$) y espiritualidad ($p=0,026$). (Tabla 15)

Tabla 14. Asociación entre el funcionamiento familiar total y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares

Variable	n	Media (DE)	Valor p	
Sexo	Hombre	51	45,59 (8,08)	0,527
	Mujer	27	46,78 (7,418)	
Edad paciente	< 62 años	42	45,34 (7,69)	0,490
	≥ 62 años	36	46,67 (8,04)	
Escolaridad	Ninguna	22	43,36 (8,56)	0,034
	Básica	33	45,48 (7,57)	
	Superior	23	49,26 (6,53)	
Religión	Ninguna	5	50,00 (7,31)	0,119
	Católica	65	46,23 (7,70)	
	Cristiana-Evangélica	1	45,00 (--)	
	Cristiana	4	43,00 (6,595)	
	Judía mesiánica	1	47,00 (--)	
	Testigo de Jehová	1	26,00 (--)	
	Ninguna	13	46,00 (8,52)	
Ocupación	Hogar	44	45,77 (7,92)	0,705
	Trabaja	18	47,28 (7,11)	
	Estudia y trabaja	3	41,67(10,11)	
Otro familiar con DX	No	61	45,97 (7,90)	0,945
	Sí	17	46,12 (7,80)	
Tratamiento actual	No	43	45,15 (8,30)	0,285
	Sí	35	47,06 (7,18)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	37,92 (9,54)	<0,001
	Algún apoyo	36	47,19 (6,96)	
	Todo tipo de apoyo	30	47,80 (6,12)	
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	37,92 (9,54)	<0,001
	Algunas veces	9	45,44 (7,63)	
	Casi siempre	18	45,94 (6,57)	
	Permanente	39	48,64 (6,19)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	41,11 (11,7)	0,055
	Nuclear	57	47,21 (6,71)	
	Extensa-otros	12	43,92 (8,20)	
Ciclo Vital familiar	Etapa 5	8	46,17 (6,01)	0,467
	Etapa 6	31	46,87 (6,15)	
	Etapa 7	17	47,24 (9,14)	
	Etapa 8	22	43,77 (9,35)	

Tabla 15. Asociación entre las dimensiones del funcionamiento familiar y las variables demográficas, clínicas y familiares

Variable	n	Coherencia Media (DE)	p	Individuación Media (DE)	p	Cambio Media (DE)	p	Mantenimiento Media (DE)	p	
Sexo	Hombre	27	11,59 (2,88)	0,238	6,22 (1,73)	11,37 (1,77)	0,420	17,59 (2,97)	0,649	
	Mujer	51	10,80 (2,73)		5,88 (1,77)			11,69 (1,53)		17,22 (3,69)
Edad paciente	< 62 años	42	10,79 (2,58)	0,323	5,90 (1,87)	11,69 (1,53)	0,609	17,05 (3,48)	0,412	
	≥ 62 años	36	11,42 (3,02)		6,11 (1,63)			11,44 (1,71)		17,69 (3,42)
Escolaridad	Ninguna	22	10,45 (3,11)	0,409	5,50 (1,71)	10,91 (1,57)	0,002	16,50 (4,00)	0,174	
	Básica	33	11,15 (2,84)		5,61 (1,54)			11,55 (1,66)		17,18 (3,43)
	Superior	23	11,57 (2,39)		7,04 (1,71)			12,26 (1,35)		18,39 (2,69)
Religión	Ninguna	5	12,00 (2,34)	0,459	6,60 (1,81)	12,20 (1,78)	0,416	19,20 (3,49)	0,029	
	Católica	65	11,18 (2,85)		5,97 (1,74)			11,60 (1,64)		17,48 (3,28)
	Cristiana Evangélica	1	10,00 (--)		8,00 (--)			12,00 (--)		15,00 (--)
	Cristiana	5	10,20 (2,28)		5,40 (1,94)			11,40 (0,89)		16,00 (2,82)
	Judía mesiánica	1	10,00 (--)		8,00 (--)			10,00 (--)		19,00 (--)
	Testigo de Jehová	1	6,00 (--)		4,00 (--)			9,00 (--)		7,00 (--)
Ocupación	Ninguna	13	11,00 (3,21)	0,483	5,77 (1,64)	11,62 (1,60)	0,237	17,62 (3,28)	0,581	
	Hogar	44	11,00 (2,94)		5,75 (1,64)			11,68 (1,52)		17,34 (3,62)
	Trabaja	18	11,67 (2,22)		6,61 (1,91)			11,39 (1,78)		17,61 (3,03)
	Estudia y trabaja	3	9,00 (1,0)		7,00 (2,64)			11,00 (2,64)		14,67 (4,50)
Otro familiar con Dx	No	61	11,03 (2,78)	0,794	6,07 (1,76)	11,51 (1,56)	0,536	17,36 (3,45)	0,944	
	Sí	17	11,2 (2,92)		5,76 (1,75)			11,82 (1,81)		17,29 (3,53)
Tratamiento actual	No	43	11,09 (2,81)	0,955	5,81 (1,72)	11,30 (1,78)	0,303	16,93 (3,89)	0,240	
	Sí	35	11,06 (2,80)		6,23 (1,80)			11,91 (1,33)		17,86 (2,77)
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	8,00 (2,41)	<0,001	4,67 (1,87)	10,83 (1,80)	0,011	14,42 (4,58)	0,003	
	Algún apoyo	36	11,56 (2,65)		6,08 (1,59)			11,97 (1,54)		17,58 (3,01)
	Todo tipo de apoyo	30	11,73 (2,31)		6,43 (1,69)			11,40 (1,54)		18,23 (2,86)
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	8,00 (2,41)	<0,001	4,67 (1,87)	10,83 (1,80)	0,031	14,42 (4,58)	0,004	
	Algunas veces	9	10,78 (2,86)		6,22 (1,48)			11,22 (1,78)		17,22 (2,86)
	Casi siempre	18	11,39 (2,72)		6,00 (1,41)			11,56 (1,97)		17,00 (3,27)
	Permanente	39	11,95 (2,29)		6,36 (1,78)			11,90 (1,27)		18,44 (2,74)
Tipología familiar	Unipersonal	9	9,11 (4,10)	0,005	5,22 (1,92)	11,00 (1,80)	0,371	15,78 (5,21)	0,093	
	Nuclear	57	11,68 (2,33)		6,09 (1,61)			11,58 (1,70)		17,86 (2,98)
Ciclo Vital familiar	Extensa-otros	12	9,67 (2,74)	0,553	6,17 (2,25)	12,00 (0,85)	0,098	16,08 (3,60)	0,432	
	Etapa 5	8	11,62 (2,06)		5,38 (1,06)			11,25 (1,90)		17,88 (2,58)
	Etapa 6	31	11,45 (2,11)		6,58 (1,78)			11,48 (1,58)		17,35 (2,69)
	Etapa 7	17	11,00 (3,08)		5,88 (1,86)			12,12 (1,83)		18,24 (3,86)
	Etapa 8	22	10,41 (3,58)		5,50 (1,68)			11,41 (1,36)		16,45 (4,25)

Tabla 16. Asociación entre las metas del funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares

Variable	n	Estabilidad Media (DE)	p	Control Media (DE)	p	Crecimiento Media (DE)	p	Espiritualidad Media (DE)	p	
Sexo	Hombre	27	29,19 (5,37)	0,408	28,96 (4,22)	0,955	17,59 (2,72)	0,971	17,81 (3,99)	0,236
	Mujer	51	28,02 (6,13)		28,90 (4,63)		17,57 (2,79)		16,69 (3,96)	
Edad paciente	< 62 años	42	27,83 (5,70)	0,342	28,74 (4,36)	0,695	17,60 (2,78)	0,950	16,69 (3,87)	0,358
	≥ 62 años	36	29,11 (6,07)		29,14 (4,63)		17,56 (2,75)		17,53 (4,10)	
Escolaridad	Ninguna	22	26,95 (6,67)	0,231	27,41 (5,09)	0,047	16,41 (2,50)	<0,001	15,95 (4,34)	0,067
	Básica	33	28,33 (5,90)		28,73 (4,28)		17,15 (2,45)		16,76 (3,92)	
	Superior	23	29,96 (4,80)		30,65 (3,58)		19,30 (2,65)		18,61 (3,34)	
Religión	Ninguna	5	31,20 (5,76)	0,097	31,40 (4,03)	0,050	18,80 (3,56)	0,430	18,60 (3,43)	0,462
	Católica	65	28,66 (5,74)		29,08 (4,35)		17,57 (2,69)		17,15 (4,05)	
	Cristiana Evangélica	1	25,00 (-)		27,00 (-)		20,00 (-)		18,00 (-)	
	Cristiana	5	26,20 (5,02)		27,40 (3,28)		16,80 (2,68)		15,60 (3,43)	
	Judía mesiánica	1	29,00 (-)		29,00 (-)		18,00 (-)		18,00 (-)	
	Testigo de Jehová	1	13,00 (-)		16,00 (-)		13,00 (-)		10,00 (-)	
Ocupación	Ninguna	13	28,62 (6,03)	0,507	29,23 (4,43)	0,649	17,38 (2,81)	0,882	16,77 (4,51)	0,534
	Hogar	44	28,34 (6,24)		29,02 (4,54)		17,43 (2,44)		16,75 (4,03)	
	Trabaja	18	29,28 (4,92)		29,00 (4,10)		18,00 (3,16)		18,28 (3,57)	
	Estudia y trabaja	3	23,67 (5,13)		25,67 (6,80)		18,00 (5,29)		16,00 (3,60)	
Otro familiar con Dx	No	61	28,39 (5,86)	0,933	28,87 (4,50)	0,841	17,57 (2,77)	0,985	17,10 (4,00)	0,929
	Sí	17	28,53 (6,08)		29,12 (4,45)		17,59 (2,74)		17,00 (4,03)	
Tratamiento actual	No	43	28,02 (6,38)	0,509	28,23 (4,97)	0,131	17,12 (2,78)	0,102	16,91 (3,97)	0,679
	Sí	35	28,91 (5,23)		29,77 (3,63)		18,14 (2,63)		17,29 (4,04)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	22,42 (6,64)	<0,001	25,25 (6,04)	0,007	15,50 (3,23)	0,015	12,67 (4,05)	<0,001
	Algún apoyo	36	29,14 (5,27)		29,56 (3,96)		18,06 (2,51)		17,64 (3,65)	
	Todo tipo de apoyo	30	29,27 (4,83)		29,63 (3,67)		17,83 (2,52)		18,17 (3,17)	
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	22,42 (6,64)	<0,001	25,25 (6,04)	0,005	15,50 (3,23)	0,023	12,67 (4,05)	<0,001
	Algunas veces	9	28,00 (5,31)		28,44 (4,21)		17,44 (2,60)		17,00 (3,70)	
	Casi siempre	18	28,39 (5,47)		28,56 (4,64)		17,56 (2,35)		17,39 (3,22)	
	Permanente	39	30,38 (4,73)		30,33 (3,16)		18,26 (2,56)		18,31 (3,48)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	24,89 (8,99)	0,018	26,78 (6,47)	0,197	16,22 (3,34)	0,250	14,33 (5,56)	0,026
	Nuclear	57	29,54 (4,88)		29,44 (4,14)		17,67 (2,63)		17,77 (3,32)	
	Extensa-otros	12	25,75 (6,06)		28,08 (3,94)		18,17 (2,75)		15,83 (4,66)	
Ciclo Vital familiar	Etapas 5	8	29,50 (4,20)	0,525	29,13 (3,98)	0,396	16,63 (2,38)	0,309	17,00 (2,92)	0,297
	Etapas 6	31	28,81 (4,43)		28,84 (3,67)		18,06 (2,54)		18,03 (3,30)	
	Etapas 7	17	29,24 (6,60)		30,35 (5,23)		18,00 (3,35)		16,88 (4,29)	
	Etapas 8	22	26,86 (7,46)		27,86 (4,98)		16,91 (2,59)		15,91 (4,78)	

7.5 Asociación entre los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares

Una de las variables que se asoció con los estilos de vida promotores de salud fue el sexo. Las mujeres tuvieron mejores estilos de vida saludables tanto a nivel global ($p=0,011$) como en las dimensiones responsabilidad en salud ($p= 0,004$), nutrición ($p=0,031$), crecimiento ($p=0,004$) y relaciones interpersonales ($p=0,001$). Tener 62 o más años se asoció con una media más alta en la dimensión actividad física ($p=0,040$), mientras que ser menor de 62 años se asoció con un valor medio más alto en el crecimiento como dimensión de los estilos de vida saludable ($p=0,018$).

La ocupación en las labores del hogar se asoció con mejores estilos de vida promotores de salud ($p=0,009$), evidenciados en las dimensiones responsabilidad en salud ($p=0,030$), relaciones interpersonales ($p=0,003$) y manejo del estrés $p=0,038$). Quienes trabajan, tuvieron puntuaciones más elevadas en las dimensiones actividad física ($p=0,015$) y crecimiento ($p=0,001$). Recibir todo tipo de apoyo familiar se asoció con un mejor desempeño en las dimensiones de los estilos de vida saludable responsabilidad en salud ($p=0,031$) y nutrición ($p=0,003$). (Tabla 17)

Tabla 17. Asociación entre el puntaje de los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares

Variable		n	CPS Total Media (DE)	p	Actividad física Media (DE)	p	Responsabili- dad en Salud Media (DE)	p	Nutrición Media (DE)	p	Crecimiento Media (DE)	p	Relaciones interpersonal es Media (DE)	p	Manejo del estrés Media (DE)	p
Sexo	Hombre	27	2,590 (0,44)	0,011	2,259 (0,69)	0,329	2,667 (0,60)	0,004	2,593 (0,48)	0,031	2,852 (0,44)	0,004	2,613 (0,59)	0,001	2,509 (0,48)	0,274
	Mujer	51	2,848 (0,39)		2,088 (0,74)		3,092 (0,59)		2,876 (0,56)		3,176 (0,46)		3,111 (0,57)		2,640 (0,50)	
Edad paciente	< 62 años	42	2,795 (0,41)	0,425	1,991 (0,75)	0,040	3,016 (0,63)	0,282	2,839 (0,55)	0,298	3,183 (0,47)	0,018	3,003 (0,59)	0,332	2,634 (0,45)	0,454
	≥ 62 años	36	2,716 (0,45)		2,330 (0,66)		2,861 (0,62)		2,707 (0,55)		2,926 (0,46)		2,864 (0,65)		2,549 (0,54)	
Escolaridad	Ninguna	22	2,628 (0,40)	0,247	2,068 (0,64)	0,428	2,854 (0,65)	0,666	2,682 (0,47)	0,584	2,884 (0,45)	0,075	2,737 (0,69)	0,202	2,466 (0,45)	0,364
	Básica	33	2,802 (0,45)		2,083 (0,74)		2,949 (0,69)		2,842 (0,61)		3,185 (0,48)		3,007 (0,64)		2,648 (0,52)	
	Superior	23	2,822 (0,41)		2,315 (0,79)		3,024 (0,51)		2,778 (0,55)		3,063 (0,47)		3,034 (0,49)		2,641 (0,48)	
Religión	Ninguna	5	2,569 (0,63)	0,885	2,425 (0,85)	0,650	2,644 (0,73)	0,686	2,333 (0,77)	0,231	2,933 (0,64)	0,903	2,756 (0,41)	0,476	2,275 (0,69)	0,349
	Católica	65	2,766 (0,42)		2,127 (0,72)		2,944 (0,63)		2,795 (0,53)		3,058 (0,49)		2,940 (0,63)		2,646 (0,46)	
	Cristiana Evangélica	1	2,673 (--)		1,750 (--)		3,222 (--)		3,444 (--)		3,222 (--)		1,667 (--)		2,625 (--)	
	Cristiana	5	2,812 (0,40)		2,225 (0,72)		3,067 (0,65)		2,711 (0,54)		3,156 (0,40)		3,267 (0,48)		2,325 (0,73)	
	Judía mesiánica	1	3,077 (--)		3,000 (--)		3,556 (--)		3,111 (--)		3,222 (--)		3,111 (--)		2,375 (--)	
	Testigo de Jehová	1	2,769 (--)		1,250 (--)		3,000 (--)		3,222 (--)		3,333 (--)		3,222 (--)		2,375 (--)	
Ocupación	Ninguna	13	2,464 (0,42)	0,009	2,260 (0,64)	0,015	2,547 (0,55)	0,030	2,496 (0,38)	0,173	2,641 (0,35)	0,001	2,427 (0,52)	0,003	2,385 (0,51)	0,038
	Hogar	44	2,846 (0,40)		2,011 (0,719)		3,096 (0,61)		2,879 (0,57)		3,157 (0,47)		3,119 (0,60)		2,705 (0,48)	
	Trabaja	18	2,829 (0,409)		2,528 (0,69)		2,920 (0,659)		2,753 (0,57)		3,216 (0,39)		2,926 (0,52)		2,659 (0,45)	
	Estudia y trabaja	3	2,340 (0,31)		1,375 (0,64)		2,593 (0,23)		2,667 (0,58)		2,630 (0,33)		2,593 (0,80)		2,042 (0,19)	
Otro familiar con Dx	No	61	2,738 (0,43)	0,416	2,180 (0,75)	0,455	2,894 (0,63)	0,185	2,729 (0,53)	0,139	3,049 (0,47)	0,608	2,925 (0,62)	0,722	2,568 (0,48)	0,369
	Sí	17	2,835 (0,44)		2,029 (0,64)		3,124 (0,61)		2,954 (0,60)		3,118 (0,52)		2,987 (0,64)		2,691 (0,53)	

Continuación tabla 17. Asociación entre el puntaje de los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas, clínicas y familiares

Variable		n	CPS Total Media (DE)	P	Actividad física Media (DE)	P	Responsabilidad en Salud Media (DE)	P	Nutrición Media (DE)	P	Crecimiento Media (DE)	P	Relaciones interpersonales Media (DE)	P	Manejo del estrés Media (DE)	P
Tratamiento actual	No	43	2,774 (0,45)	0,732	2,221 (0,75)	0,328	2,912 (0,75)	0,619	2,736 (0,65)	0,469	3,116 (0,44)	0,293	2,956 (0,63)	0,788	2,625 (0,47)	0,553
	Sí	35	2,740 (4,09)		2,057 (0,70)		2,984 (0,60)		2,829 (0,49)		3,000 (0,52)		2,917 (0,61)		2,557 (0,52)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	2,927 (0,44)	0,453	2,00 (0,74)	0,788	3,160 (0,61)	0,548	3,049 (0,45)	0,299	3,247 (0,44)	0,406	3,222 (0,69)	0,215	2,764 (0,36)	0,178
	Nuclear	57	2,743 (0,43)		2,718 (0,70)		2,922 (0,65)		2,743 (0,53)		3,057 (0,47)		2,867 (0,63)		2,614 (0,50)	
	Extensa-otros	12	2,708 (0,43)		2,115 (0,88)		2,889 (0,54)		2,741 (0,67)		2,963 (0,53)		3,065 (0,47)		2,375 (0,53)	
Ciclo Vital familiar	Etapas 5	8	2,721 (0,39)	0,977	2,141 (0,56)	0,655	2,806 (0,68)	0,846	2,736 (0,47)	0,931	3,097 (0,35)	0,542	2,847 (0,59)	0,861	2,625 (0,55)	0,986
	Etapas 6	31	2,783 (0,35)		2,274 (0,73)		2,986 (0,55)		2,763 (0,51)		3,97 (0,41)		2,896 (0,63)		2,609 (0,43)	
	Etapas 7	17	2,758 (0,52)		2,051 (0,89)		2,876 (0,68)		2,739 (0,65)		3,150 (0,60)		3,039 (0,63)		2,596 (0,62)	
	Etapas 8	22	2,739 (0,48)		2,045 (0,65)		2,990 (0,69)		2,843 (0,58)		2,939 (0,51)		2,955 (0,72)		2,563 (0,49)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	2,667 (0,40)	0,64	1,917 (0,81)	0,254	2,917 (0,56)	0,031	2,667 (0,49)	0,003	3,074 (0,44)	0,072	2,833 (0,52)	0,157	2,490 (0,577)	0,349
	Algún apoyo	36	2,669 (0,45)		2,285 (0,68)		2,765 (0,66)		2,596 (0,55)		2,938 (0,47)		2,830 (0,61)		2,545 (0,49)	
	Todo tipo de apoyo	30	2,903 (0,38)		2,075 (0,73)		3,170 (0,55)		3,041 (0,48)		3,211 (0,47)		3,111 (0,65)		2,696 (0,47)	
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	2,667 (0,40)	0,382	1,917 (0,81)	0,655	2,917 (0,56)	0,329	2,667 (0,49)	0,597	3,074 (0,44)	0,626	2,833 (0,52)	0,716	2,490 (0,57)	0,210
	Algunas veces	9	2,600 (0,44)		2,097 (0,67)		2,704 (0,65)		2,605 (0,69)		2,975 (0,47)		2,790 (0,67)		2,347 (0,49)	
	Casi siempre	18	2,731 (0,48)		2,243 (0,75)		2,821 (0,73)		2,796 (0,60)		2,963 (0,46)		2,926 (0,69)		2,563 (0,51)	
	Permanente	39	2,837 (0,40)		2,186 (0,71)		3,066 (0,58)		2,843 (0,51)		3,128 (0,50)		3,011 (0,62)		2,699 (0,45)	

7.6 Asociación entre la percepción de los cambios del funcionamiento familiar tras el diagnóstico y las variables sociodemográficas, clínicas, familiares

Como se observa en la tabla 18, no se halló asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas, clínicas y familiares y la percepción de cambio en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico.

Tabla 18. Asociación entre el cambio experimentado en el funcionamiento familiar y variables sociodemográficas después del diagnóstico de cáncer colorrectal

Variable		n	No cambio	Cambio Positivo	Cambio Negativo	Valor p
Sexo	Hombre	27	13 (48,1%)	12 (44,4%)	2 (7,4%)	0,477
	Mujer	51	19 (37,3%)	24 (47,1%)	8 (15,7%)	
Edad	<62	42	17 (40,5%)	20 (47,6%)	5 (11,9%)	0,947
	≥ 62 años	36	15 (41,7%)	16 (44,4%)	5 (13,9%)	
Escolaridad	Ninguna	22	10 (45,5%)	7 (31,8%)	5 (22,7%)	0,321
	Básica	33	13 (39,4%)	16 (48,5%)	4 (12,1%)	
	Superior	23	9 (39,1%)	13 (56,5%)	1 (4,3%)	
Ocupación	Ninguna	13	6 (42,6%)	5 (38,5%)	2 (15,4%)	0,845
	Hogar	44	16 (36,4%)	21 (47,7%)	7 (15,9%)	
	Trabaja	18	9 (50%)	8 (44,4%)	1 (5,6%)	
	Estudia y trabaja	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	
Otro familiar con Dx	No	61	24 (39,3%)	29 (47,5%)	8 (13,1%)	0,849
	Sí	17	8 (47,1%)	7 (41,2%)	2 (11,8%)	
Tratamiento actual	No	43	20 (46,5%)	16 (37,2%)	7 (16,3%)	0,196
	Sí	35	12 (34,3%)	20 (57,1%)	3 (8,6%)	
Tipo de apoyo familiar	Ninguno	12	7 (58,3%)	3 (25%)	2 (16,7%)	0,147
	Algún apoyo	36	16 (44,4%)	14 (38,9%)	6 (16,7%)	
	Todo tipo de apoyo	30	9 (30,0%)	19 (63,3%)	2 (6,7%)	
Frecuencia recibir apoyo	Nunca	12	7 (58,3%)	3 (25,0%)	2 (16,7%)	0,32
	Algunas veces	9	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	
	Casi siempre	18	11 (61,1%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	
	Permanente	39	11 (28,2%)	25 (64,1%)	3 (7,7%)	
Tipología familiar	Unipersonal	9	6 (66,7%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	0,105
	Nuclear	57	23 (40,4%)	29 (50,9%)	5 (8,8%)	
	Extensa-otros	12	3 (25,0%)	6 (50,0%)	3 (25,0%)	
Ciclo Vital familiar	Etapas 5 y 6	8	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)	0,206
	Etapas 6 y 7	31	12 (38,7%)	16 (51,6%)	3 (9,7%)	
	Etapas 7 y 8	17	6 (35,3%)	10 (58,8%)	1 (5,9%)	
	Etapas 5 y 8	22	9 (40,9%)	7 (31,8%)	6 (27,3%)	

7.7 Asociación entre la percepción de los cambios del funcionamiento familiar tras el diagnóstico y el funcionamiento familiar y los estilos de vida promotores de salud.

Cerca del 50% de los pacientes con cáncer colorrectal presentó cambios positivos en el funcionamiento familiar tras ser informados de su diagnóstico y se evidenció en las dimensiones coherencia, cambio y mantenimiento y las metas del sistema familiar estabilidad, control, crecimiento y espiritualidad. (Tabla 19)

Tabla 19. Asociación entre el cambio experimentado en el funcionamiento familiar y las dimensiones del funcionamiento familiar después del diagnóstico de cáncer colorrectal

Variable	No cambio n=32 Media (DE)	Cambio Positivo n=36 Media (DE)	Cambio Negativo n=10 Media (DE)	Valor p
FF Total	44,13 (8,49)	49,50 (5,35)	39,40 (7,41)	<0,001
Coherencia	10,66 (2,95)	12,03 (2,32)	9,00 (2,58)	0,004
Individuación	5,84 (1,48)	6,42 (1,90)	5,00 (1,70)	0,062
Mantenimiento	16,56 (3,83)	18,83 (2,28)	14,50 (3,27)	<0,001
Estabilidad	27,22 (6,42)	30,86 (4,15)	23,50 (5,48)	<0,001
Control	27,63 (5,11)	31,06 (2,60)	25,40 (4,00)	<0,001
Crecimiento	16,91 (2,53)	18,64 (2,57)	15,90 (2,76)	0,003
Espiritualidad	16,50 (3,99)	18,44 (3,43)	14,00 (3,97)	0,003

Los estilos de vida promotores de salud en general se asociaron con los cambios positivos en el funcionamiento familiar, luego de que los pacientes recibieran la confirmación de su diagnóstico. (Tabla 20)

La percepción de cambios positivos en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico se asoció con puntuaciones más altas en la media global de estilos de vida promotores de salud. Ninguna de las dimensiones se asoció con las percepciones de cambios en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico, pero algunas se encontraron muy próximas a la significación estadística (responsabilidad en salud, crecimiento, relaciones interpersonales y manejo del estrés).

Tabla 20. Asociación entre el cambio experimentado en el funcionamiento familiar y las dimensiones de los estilos de vida promotores de salud después del diagnóstico de cáncer colorrectal

Variable	No cambio n=32 Media (DE)	Cambio Positivo n=36 Media (DE)	Cambio Negativo n=10 Media (DE)	Valor p
Estilos de vida saludable Total	2,644 (0,40)	2,892 (0,41)	2,648 (0,48)	0,041
Actividad Física	2,078 (0,73)	2,205 (0,74)	2,163 (0,70)	0,778
Responsabilidad en salud	2,757 (0,63)	3,120 (0,54)	2,911 (0,76)	0,057
Nutrición	2,708 (0,49)	2,889 (0,56)	2,600 (0,65)	0,228
Crecimiento	2,972 (0,37)	3,198 (0,51)	2,878 (0,59)	0,066
Relaciones interpersonales	2,757 (0,56)	3,117 (0,59)	2,878 (0,78)	0,054
Manejo del estrés	2,516 (0,41)	2,726 (0,51)	2,375 (0,58)	0,071

7.8 Relación entre el funcionamiento familiar y la generación de los estilos de vida saludable

La correlación entre ambas variables fue de 0,24 ($p < 0,05$), con lo cual se estableció una correlación débil, pero significativa estadísticamente. De tal forma que al mejorar el funcionamiento familiar mejoran los estilos de vida promotores de salud.

Los valores de correlación de Pearson obtenidos para las metas y dimensiones del funcionamiento familiar y las dimensiones de los estilos de vida promotores de salud se presentan en la tabla 21.

Se encontraron 16 correlaciones positivas con significancia estadística ($p < 0,05$ y $p < 0,01$) entre las dimensiones de los dos instrumentos, aunque débiles, pues oscilaron entre 0,230 y 0,324.

El puntaje total de la escala de estilos de vida Promotores de Salud HPLP II se correlacionó débilmente con la dimensión del funcionamiento familiar mantenimiento y las metas estabilidad y control.

Las dimensiones con mayor coeficiente de correlación fueron relaciones interpersonales y cambio (0,324), actividad física y estabilidad (0,322), actividad física y espiritualidad (0,319), relaciones interpersonales y control (0,318).

Se puede decir que la dimensión “actividad física” de la escala HPLP II fue la que más se correlacionó con dimensiones y metas del instrumento de funcionamiento

familiar; otras correlaciones aunque débiles de la actividad física además de las mencionadas anteriormente fueron con el puntaje total de ASF-E, la coherencia individuación, el mantenimiento y el control.

La dimensión relaciones interpersonales de los estilos de vida promotores de salud (escala HPLP II) también se relacionó aunque débilmente con el mantenimiento y la estabilidad del funcionamiento familiar. Del mismo modo se comportó la dimensión manejo del estrés (escala HPLP II) con la dimensión mantenimiento y las metas estabilidad y control del funcionamiento familiar.

Se acepta la hipótesis de trabajo que se planteó. El funcionamiento familiar se correlaciona con los estilos de vida saludable en las familias con pacientes con cáncer de colon y recto.

Tabla 21. Correlación (Pearson) entre las dimensiones de estilos de vida saludable y el funcionamiento familiar (n=78)

ASF-E / HPLP II Dimensiones	Total HPLP II	Actividad física	Responsabilidad en Salud	Nutrición	Crecimiento	Relaciones interpersonales	Manejo del estrés
Total ASF-E	0,224*	0,303**	0,127	0,039	0,104	0,221	0,167
Coherencia	0,217	0,301**	0,105	0,034	0,133	0,190	0,177
Individuación	-0,77	0,245*	-0,137	-0,107	-0,110	-0,124	-0,173
Cambio	0,191	0,32	0,175	0,040	0,105	0,324**	0,161
Mantenimiento	0,283*	0,304**	0,190	0,095	0,135	0,260*	0,249*
Estabilidad	0,270*	0,322**	0,162	0,072	0,142	0,243*	0,230*
Control	0,288*	0,246*	0,210	0,088	0,142	0,318**	0,251*
Crecimiento	0,063	0,175	0,015	-0,044	-0,009	0,112	-0,015
Espiritualidad	0,118	0,319**	0,013	-0,023	0,045	0,079	0,048

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

8. DISCUSIÓN

8.1 Datos sociodemográficos

En Colombia la incidencia de cáncer de colon, recto y ano entre 2001 y 2011 (última información disponible) fue de 2401 casos en los hombres, siendo los más afectados los mayores de 65 años con 1261 casos (Tasa Específica de Incidencia = $94,2 \times 100.000$ habitantes), en segundo lugar se ubicaron los hombres con edades entre 55 y 64 años en los que hubo 514 casos (TEI = $34,8 \times 100.000$ habitantes); 328 de los casos (TEI = $14,1 \times 100.000$ habitantes) se presentaron en los hombres entre 45 y 54 años y en el cuarto lugar hubo 298 casos nuevos (TEI = $2,9 \times 100.000$ habitantes) en personas con edades entre los 15 y los 44 años. Estas cifras ubican el cáncer de colon y recto como el cuarto tipo de cáncer más frecuente en los hombres del país.¹⁵⁰

Con respecto a las mujeres, la tendencia fue similar en los diferentes grupos de edad, aunque en mayor número con respecto a los hombres, pues hubo 2784 en total. En las mujeres de 65 y más años se presentó la mayor incidencia con 1420 nuevos casos (TEI = $87,7 \times 100.000$ habitantes), luego estuvieron las de 55 a 64 años con 625 casos (TEI = $38,6 \times 100.000$ habitantes), mientras en el tercer lugar hubo 442 casos (TEI = $17,3 \times 100.000$) y en el último lugar las mujeres de 15 a 44 años con 297 casos nuevos (TEI = $2,8 \times 100.000$ habitantes). El cáncer de colon y recto es la segunda forma de cáncer más común entre las mujeres colombianas, después del cáncer de mama.¹⁵⁰

Estos datos son similares a los participantes en esta investigación, dado que la mayoría fueron mujeres, es decir, que son las más afectadas por el cáncer de colon y recto y la edad promedio fue de 61 años aproximadamente, así como sucede en el panorama nacional en donde los mayores de 65 años son los más afectados y a medida que aumenta la edad, aumenta la incidencia.

En general los integrantes de la muestra refirieron tener algún nivel de formación académica, aunque hubo una baja proporción de quienes manifestaron no tener ningún nivel educativo. El nivel educativo más común entre los participantes fue la secundaria incompleta (24,4%), lo cual es similar a lo que ocurre en el país ya que según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, el 17,9% de los hombres y el 17,4% de las mujeres logra terminar la educación secundaria y el 20,5% de los varones y el 24,2% de la mujeres acceden a la educación superior.¹⁶⁶ Es de señalar que también hubo participantes que refirieron haber estudiado en la universidad.

Según cálculos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, la tasa de empleo (relación porcentual entre la población ocupada y la población en edad de trabajar) en Colombia en septiembre de 2016 fue de 58,71% y la de desempleo (relación porcentual entre el número de persona desocupadas y la población económicamente activa) fue de 8,51%.¹⁶⁶ En la presente investigación

las proporciones son diferentes dado que la mayor parte de los participantes están en edades de la jubilación y algunos otros han tenido que dejar de trabajar para someterse a los tratamientos.

Cerca del 72% de los participantes en esta investigación manifestaron que reciben de parte de sus familias apoyo, emocional (17,9%), para el cuidado de su salud (9,0%), económico (6,4%) y de las tres formas a la vez (38,5%). Según Expósito la familia tiene gran importancia en el cuidado integral de los pacientes con cáncer en cualquier etapa de la enfermedad y este debe abarcar los aspectos biológico, psicológico, laboral y social.¹⁶⁷ Por lo tanto, este alto porcentaje de percepción de apoyo familiar observado en nuestro estudio pone de manifiesto que estas familias tienen cubierto el cuidado familiar.

Guillén y Osorio¹⁶⁸ realizaron un estudio descriptivo transversal en 21 pacientes mexicanos con diagnóstico de cáncer para establecer el apoyo familiar que recibieron y encontraron que la mayoría (57%) lo consideró “muy bueno”, mientras un 14% lo calificó como regular y ninguno lo clasificó como malo. En nuestro estudio un 15,4% manifestó no haber recibido ningún tipo de apoyo, porcentaje superior al descrito por los autores anteriormente citados.

Los diferentes tipos de apoyo estudiados por dichos autores fueron el afectivo, el emocional y el instrumental. El mejor calificado fue el instrumental, seguido por el afectivo y en último lugar el emocional. Esto difiere de lo hallado en nuestro estudio en donde el apoyo menos brindado es el económico y el más brindado el emocional, lo cual puede estar ligado con la situación económica de los pacientes y sus familiares. Es de destacar que aquellos que reciben apoyo por parte de sus familias lo hacen de forma permanente o casi permanente en este grupo de pacientes con cáncer de colon y recto.

La población colombiana adulta mayor (de 60 y más años) tiene tasas de crecimiento superiores al del crecimiento de la población total, por lo que se prevé que para el año 2020 aumentará en 3,76%, mientras que la población infantil y adolescente va en disminución, de tal forma que el índice de envejecimiento se ha cuadruplicado al pasar de 12 a 49 personas de 60 o más años por cada 100 menores de 15 años.¹⁶⁹ Esto resulta similar a lo hallado en esta investigación con pacientes de cáncer colorrectal, dado que la mayoría pertenece a familias en plataforma de lanzamiento y familias ancianas.

Es notorio el aumento de la jefatura familiar femenina en Colombia, puesto que del 24% en el año 1995, pasó al 34% en el año 2010 y al 36,4% en el 2015.¹⁵⁵ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, las familias nucleares completas son el 33,2% y en esta investigación son el 29,5%. Las familias nucleares incompletas en Colombia representan el 12,6% ligeramente inferiores a los datos obtenidos en este estudio que llegan al 17,9%. El 9,8% de las familias son extensas incompletas en el país, mientras que en esta investigación alcanzan el 7,7%. Las parejas sin hijos en Colombia representan el 9,8% de las familias y en estos pacientes con cáncer el porcentaje fue mayor con

un 25,6%.¹⁶⁶ Por lo tanto, esta muestra de participantes es similar en la mayor parte de las características de la tipología familiar a lo descrito en población Colombiana.

8.2 Funcionamiento familiar

Los resultados de la presente investigación señalan que la única dimensión que predominó en el nivel alto fue el mantenimiento (61,5%), mientras la más puntuada en el nivel bajo fue la individuación (44,9%) lo cual es similar a lo encontrado en los estudios de Criado¹⁰⁹ (74% y 26%), Galán¹¹⁰ (71,6% y 41,2%), Criado¹¹¹ (75,6% y 33,3%), Bolaño¹¹⁷ (86% y 13%), a pesar de ser estudios realizados en diferentes franjas de población colombiana, dado que hasta ahora no existen publicaciones sobre uso del instrumento ASF-E en pacientes con cáncer.

Tener un alto nivel de mantenimiento del sistema familiar se traduce en que la familia establece acciones como la preservación de tradiciones, reglas y creencias, toma decisiones conjuntas, hace negociación de sus problemas y con éstas logran una cierta seguridad en la estructura y organización familiar.¹⁰

El nivel bajo de individuación implica que la familia no propicia apoyo ni permite el fortalecimiento individual con actividades como el desarrollo intelectual, laboral, cultural, la búsqueda de los intereses propios, la búsqueda de amigos, aceptar las diferencias personales o las expresiones de gustos e ideas, darle una perspectiva a la propia vida, el desarrollo de una personalidad particular entre otras características¹⁰. Esta sería la dimensión que habría que trabajar con estas familias para lograr un mejor funcionamiento familiar y un mayor apoyo para que el paciente pueda desarrollarse sin sobre-implicación por parte de la familia.

Tenemos que tener en cuenta que la propia enfermedad y el tratamiento podrían hacer perder oportunidades de realizar acciones propias de la individuación, como dejar de trabajar, abandonar los estudios y cambiar sus planes y metas personales, perder independencia física y económica por causa de someterse al tratamiento.

Es de destacar que las metas del sistema familiar en nuestra muestra se encontraron en un mayor porcentaje en los niveles medio-alto de funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar según Friedemann¹⁰ se logra manteniendo un balance de las cuatro metas del sistema familiar estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad a medida que ocurren cambios y situaciones que afectan a la familia. Por lo que podemos deducir que la mayor parte de los participantes de nuestro estudio tiene un buen funcionamiento familiar que no compromete el crecimiento personal, ni el sentido de bienestar ante las necesidades del medio ambiente y el intercambio con otros sistemas externos.

La espiritualidad es la que se tuvo un mayor porcentaje en el nivel bajo (21,8%) esto coincide con los estudios de Criado¹⁰⁹ (7,3%) Galán¹¹⁰ (8,8%) Criado¹¹¹ (8,9%) y Bolaño (41%),¹¹⁷ lo cual puede indicar que estas familias tienen dificultades con el compromiso y el afecto, sobre todo en los tiempos de crisis.¹⁰

En un estudio de pacientes chinos sobrevivientes de un accidente cerebrovascular en que se usó otro cuestionario para medir el funcionamiento familiar, el FAD¹³⁸ se encontró que las dimensiones más afectadas fueron la respuesta emocional, el control de comportamiento, la comunicación y la implicación emocional. Para los autores de ese estudio, este resultado se podría fundamentar en que la cultura china tiende a suprimir las expresiones personales de los integrantes de la familia. Estos resultados son coincidentes en las dimensiones afectadas con nuestro estudio, pues se refieren a la libertad para desarrollar las características individuales y a la unidad familiar.

En un estudio realizado en pacientes oncológicos peruanos se encontró que la dimensión familiar “desarrollo” estaba afectada dada la disminución de las actividades sociales a que obliga la dedicación al cuidado del paciente.¹⁷⁰ Ese estudio evaluó varias dimensiones mediante la Escala de Clima Social Familiar y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés y se destaca la dimensión “desarrollo” entendida como la importancia que se da dentro de las familias a los procesos de crecimiento personal, lo cual equivale en nuestro estudio a la individuación.

Los padres de niños con cáncer han percibido que la enfermedad de sus hijos les generó cambios en las relaciones con la pareja en la medida en que han debido redistribuir los roles, han tenido problemas de comunicación, alteraciones en las relaciones sexuales y notaron que con frecuencia los padres asumen de manera diferente las responsabilidades. Además han sentido cambios en el apoyo que reciben de su familia extensa, en la comunicación; también manifestaron que han surgido sentimientos inapropiados y ha sido evidente el inadecuado manejo de la información y de las actividades lúdicas.¹⁷¹

Sin embargo, son muchas las reacciones que pueden esperarse de parte de los familiares. En nuestro estudio según el tipo de relación establecida antes del diagnóstico, algunos pacientes expresaron que sus familiares cambiaron de forma positiva para apoyarle en su proceso de luchar contra la enfermedad. También hubo reacciones de distanciamiento y despreocupación, de ahí que resulta fundamental trabajar con las familias en la construcción de relaciones internas funcionales, desde antes de enfermar o al menos aprovechar la coyuntura para mejorarlas.

Con frecuencia ante la presencia de una enfermedad crónica, la familia debe reorganizarse en cuanto a los roles de sus integrantes lo cual incluye asumir las funciones del enfermo; de igual forma en cuanto a los requerimientos económicos y responsabilidades laborales, el enfermo y sus familiares sufren cambios y estos generan alteraciones en el funcionamiento de la familia. Se evidencian actitudes como la sobreprotección, la pérdida de comunicación con algunos familiares, el

desarrollo de una relación estrecha entre el cuidador primario, que por lo general es la figura femenina más próxima, y el enfermo, sentimientos de culpa, aislamiento, tristeza, amargura, entre otras, que deterioran las relaciones y por ende el funcionamiento.¹⁷²

Existen casos en los que un solo integrante de la familia asume el cuidado directo del enfermo, lo cual genera cansancio de asumir dicha responsabilidad. Es común que las mujeres cuidadoras manifiestan más dolor y más niveles de depresión, que los hombres cuidadores, tal vez porque además de ser la cuidadora principal, es madre, trabajadora, esposa y ama de casa, funciones a las cuales no puede renunciar y genera una marcada angustia. A lo anterior se añade, que las mujeres tienen una forma diferente de expresar sus sentimientos ya que ejercen una conexión emocional con sus labores, mientras los hombres no lo hacen.¹⁷³

Enfrentar una enfermedad crónica como el cáncer exige que la familia desarrolle capacidades para sobreponerse a las dificultades que sobrevienen, esto incluye prepararse para brindar cuidados físicos y fortalecerse emocionalmente y para la aceptación de un pronóstico determinado. Pero esta tarea no empieza desde el momento en que se recibe el diagnóstico, es necesario que desde lo cotidiano se generen acciones que favorezcan el buen funcionamiento entre sus integrantes y usar estas situaciones de crisis de manera positiva, acogiendo al enfermo y participando de manera equitativa y conjunta en el surgimiento de respuestas funcionales para todos.

En resumen, los datos de funcionamiento familiar de pacientes con cáncer de colon y recto de esta investigación, son coincidentes con los reportados en otros estudios realizados en Colombia por Criado,¹⁰⁹ Galán,¹¹⁰ Criado,¹¹¹ García,¹¹² Valle,¹¹⁴ y Bolaño,¹¹⁷ en los que las metas estabilidad y control se ubicaron en el nivel alto y las metas crecimiento y espiritualidad en el nivel intermedio. De igual forma hubo similitud en las dimensiones mantenimiento, cambio y coherencia, las cuales se ubicaron en los niveles alto e intermedio, con los estudios antes referenciados. Se presentan diferencias entre los pacientes de colon y recto en la dimensión individuación ya que se encontró en el nivel bajo, mientras en los demás estudios en población sin cáncer^{109-112,113,117} la individuación predominó en el nivel intermedio. Esto último está relacionado con los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad, ya que se requiere disponer de mucho tiempo para asistir a la aplicación de los tratamientos oncológicos, exámenes y demás consultas, así como a los efectos secundarios de los medicamentos empleados para combatir la enfermedad, que ocasionan agotamiento físico. Del mismo modo puede tener relevancia la edad de los participantes de los estudios de personas sin cáncer que son predominantemente adolescentes y escolares, en quienes la individuación es trascendental para forjar su personalidad y sus objetivos intelectuales y de personalidad.

8.3 Discusión de los resultados de estilos de vida saludable

Los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto participantes en esta investigación, determinaron que ellos y sus familias tienen un nivel intermedio en la práctica de comportamientos saludables dado que estos los ejercen a veces o frecuentemente. Esto evidencia la necesidad de fortalecer en ellos, estilos de vida saludable con énfasis en la realización de actividad física y de estrategias para manejo del estrés, dado que en estas conductas se obtuvieron los peores resultados. Es posible argumentar que los pacientes con cáncer reducen sus niveles de actividad física por los efectos de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia y el desgaste propio de la enfermedad. Sin embargo, en otros estudios muestran que el interés por mantener conductas saludables no disminuye sino que aumenta en estos enfermos.^{9,96}

Para que la actividad física represente un beneficio para la salud, se establecen mínimos de intensidad, duración y frecuencia. La OMS¹⁷⁴ y las Guías de Actividad Física para los americanos¹⁷⁵ recomiendan que los adultos entre 18 y 64 años realicen un mínimo 150 minutos de actividad física aeróbica de moderada intensidad ó 75 minutos semanales de actividad vigorosa. Sin embargo, para los pacientes de cáncer estos parámetros podrían resultar exigentes y se hace necesario, que dentro de la atención integral, el equipo de salud ofrezca alternativas viables y adaptadas a cada caso.

Igualmente, el manejo del estrés, argumenta Pender,^{9,89} requiere del uso de recursos psicológicos y físicos que favorezcan la disminución de la tensión, dado que es común que en estos pacientes y sus familias se aumente el estrés a causa de las implicaciones de recibir un diagnóstico de cáncer y las expectativas por superar la enfermedad. Es notorio que buena parte de los pacientes deben dejar de trabajar o reducir sus horarios laborales, además de la reorganización familiar para asistir y cuidar a los enfermos, lo cual ocasiona reducción de la economía del hogar.

En una revisión se destacan como eventos intensificadores de estrés psicológico en familiares de pacientes con cáncer, el miedo a perder al ser querido, las modificaciones en las actividades cotidianas de la familia, presenciar el sufrimiento del familiar enfermo, la falta de conocimiento técnico, el compromiso de los ingresos familiares, la sobrecarga de ser el cuidador principal, ser del sexo femenino.¹⁷³

La familia del enfermo tiene la necesidad de adaptar las acciones familiares a los requerimientos del paciente y esto compromete la salud emocional y la ansiedad y los conflictos pueden surgir fácilmente y se suma a esto que hay que brindar cuidados físicos y que la economía de la familia sufre un detrimento. Para cuidar a un enfermo se requieren ciertas habilidades y el no poseerlas generan sentimientos de desesperanza, de disminución del entusiasmo y de miedo. La economía familiar se deteriora dado que los tratamientos son costosos y en

algunos casos los enfermos son los proveedores del sustento económico de las familias. En nuestro estudio el 23,1% de los pacientes con cáncer de colon y recto trabajaban, el 3,8% trabajaba y estudiaba a la vez, el 16,7% tenía baja laboral y el 56,4% se dedicaba a las labores del hogar, con lo cual se puede concluir que la economía del hogar de estas personas estuvo afectada, tanto para quienes laboraban, pues debieron ausentarse de sus trabajos para recibir los tratamientos como para quienes estaban dedicadas al hogar, pues dependían para sustentarse de los ingresos que sus familiares lograban. El (57,8%) de los participantes en este estudio, recibieron apoyo para el cuidado de su salud (además de otros tipos de apoyo) de parte de sus familiares, lo cual sugiere reorganización interna para cuidar al enfermo.

Existen también eventos reductores del estrés psicológico en los familiares de un enfermo de cáncer como la existencia de las redes de apoyo, sentir seguridad para brindar cuidado físico, la espiritualidad, la identificación precoz de signos de estrés en los familiares. Contar con una red de apoyo para los cuidadores y familiares puede minimizar el sufrimiento que se experimenta y facilita el brindar los cuidados. En respuesta a lo anteriormente expuesto, es fundamental que exista soporte psicosocial para la familia del paciente con cáncer, desde los servicios de atención en salud.¹⁷³

La práctica de los estilos de vida saludables de la presente investigación usando el mismo instrumento HPLP II, guardan similitud con los evidenciados en pacientes sobrevivientes de un accidente cerebrovascular¹³⁸ y en las usuarias chilenas de un servicio de salud ¹³⁹ en quienes se encontraron frecuencias de realización de conductas saludables “a veces” y “a menudo”. También hay similitud en las dimensiones más afectadas o con menor desempeño, pues en los sobrevivientes de accidente cerebrovascular fue la actividad física.

Los pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular ven disminuida su capacidad para la movilización, de acuerdo con el grado de la lesión, mientras las mujeres chilenas reflejan pertenecer a una franja poblacional con recursos económicos bajos y nivel educativo predominante de educación primaria, lo cual las hace vulnerables a no tener oportunidad de asumir conductas saludables.

Se destaca que, en nuestro estudio, para este grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, las dimensiones con mayores puntuaciones fueron las dimensiones espiritualidad, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud. Esto puede ser debido a que al ser diagnosticados con una enfermedad grave, se reorganizaron dándole prioridad a poseer un soporte espiritual para sentir alivio y tranquilidad frente a la nueva forma de vivir sobrellevando la enfermedad, mejorar su forma de relacionarse con familiares y amigos y asumir con más interés hábitos de vida que les ayuden en su proceso de curación. Sin embargo, el cuestionario valora el momento presente por lo que no podemos deducir si se ha producido un cambio o no tras el diagnóstico. Sería necesario realizar un estudio longitudinal para verificar lo anterior.

El cáncer es una enfermedad multifactorial, pero se ha demostrado que las probabilidades de desarrollarlo se pueden disminuir al asumir conductas saludables como la dieta rica en frutas y verduras, la práctica frecuente de actividad física, la higiene del sueño, respetar los períodos de descanso, no consumir cigarrillos o alcohol, entre otras acciones, en edades tempranas y con una buena frecuencia de cumplimiento. Para un paciente de cáncer colorrectal resulta beneficioso retomarlas, pues de los cuidados posteriores a los tratamientos, también se obtienen beneficios sobre el estado de salud actual y futuro y es evidente que las personas se hacen más conscientes de la necesidad de practicarlos, después de enfrentarse a un diagnóstico de cáncer.

8.4 Asociaciones entre el funcionamiento familiar y las variables sociodemográficas

En esta investigación se halló que los pacientes que tienen mayor nivel de estudios, perciben mejor el funcionamiento de sus familias, esto puede deberse a que como lo señalan Cordera y Tapia, el nivel de estudios modifica el acceso a oportunidades como un mejor empleo y por tanto a mejores recursos económicos, modifica las relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, la visión que se tiene de la vida y el número de hijos que se tendrán entre otras.^{176, 177} Esto es similar a lo encontrado en un estudio realizado en México con padres de familia con diferentes grados de educación, en el que se concluyó que cuando la madre o el padre de familia tienen un grado de escolaridad alto tienden a percibir de forma favorable algunas de las dimensiones del funcionamiento familiar y lo contrario sucede con quienes tienen bajo nivel educativo.¹⁷⁸

También se hizo evidente entre estos pacientes con cáncer colorrectal que el recibir diferentes formas de apoyo posibles como el emocional, el económico, el cuidado de la salud y tenerlo de forma permanente influye positivamente sobre el funcionamiento familiar. Diferentes estudios, han puesto de manifiesto que puede relacionarse con que la enfermedad les permitió reorganizarse como familia para apoyar al enfermo, para dar respuesta a las demandas surgidas durante la enfermedad.¹⁷⁹

El apoyo social para los enfermos crónicos y adultos mayores, proviene en gran parte de los familiares y vecinos más cercanos.¹⁸⁰

El apoyo social expresado en recursos para satisfacer las necesidades materiales, emocionales y afectivas, ha sido una demostración positiva en el cuidado de enfermedades crónicas y de los cuidadores de enfermos crónicos y en las situaciones de crisis.¹⁸¹ Cuando el apoyo social es sólido y fuerte, hay buenas relaciones familiares, hay satisfacción con la vida.¹⁸²

8.5 Asociaciones entre los estilos de vida promotores de salud y las variables sociodemográficas

Los resultados de esta investigación mostraron que las mujeres participantes tenían mejores estilos promotores de salud con respecto a los hombres y lo manifestaron a través de conductas como ser cuidadosas con su salud, alimentarse saludablemente, buscar el equilibrio, la armonía y desarrollar su potencial humano, así como buscar la construcción de relaciones con otras personas.

Esto es consecuente con lo expresado por investigadores que afirman que las mujeres logran dejar de fumar y de consumir alcohol con más facilidad que los hombres y que asumen una mejor nutrición y medidas de higiene bucal.¹⁸³

Las mujeres asumen las prácticas de estilo de vida saludable de forma más organizada y consistente que los hombres y es bastante probable que si realizan una práctica saludable, los demás hábitos también lo sean. Así se evidenció en un estudio que cuantificó las diferencias entre hombres y mujeres con respecto al consumo de alcohol, tabaco, alimentos y el nivel de actividad física que desarrollaban.¹⁸⁴

Sin embargo, en nuestro estudio, es de resaltar que los hombres tienen una media más elevada de realización de actividad física (2,259; DE: 0,69) con respecto a las mujeres (2,088; DE: 0,74), pero no hubo diferencias estadísticamente significativas. Algo similar encontraron investigadores en un estudio que evaluó la actividad física y el autoconcepto físico y general en adultos, dado que detallaron que los hombres adultos tienen mejores percepciones de la habilidad física, la condición física y la fuerza, que las mujeres.¹⁸⁵

También fue notorio en esta investigación que los pacientes con 62 años o más reportaron un mayor nivel de actividad física, mientras que los menores de esa edad, estaban más inclinados a desarrollar su crecimiento personal y espiritual. Coincide con un estudio en adultos mayores de Brasil que mostró que entre las personas mayores que practican actividades físicas, el 78.6% estaba en el rango de edad de 60-65 años, dado que estas personas han dejado su trabajo y tenían más amplitud de tiempo para hacer actividad física y manifestaron que lo hacían por la sensación de bienestar que les producía.¹⁸⁶

El sexo, la edad, las condiciones socioeconómicas, las vivencias, las condiciones físicas, la severidad de las enfermedades, los razonamientos frente al cuidado de su salud, influyen en el ejercicio de acciones para la promoción de la vida saludable. Las personas en edad productiva buscan su progreso intelectual, social, económico y espiritual, que les permita hacer elecciones sobre cómo llevar su vida, lo cual ocupa la mayor parte de su tiempo dando menor relevancia a la actividad física, al consumo de alimentos con fibra y a preferir alimentos con carbohidratos refinados, el alcohol y la sal.¹⁸⁷

Estudios realizados en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal han mostrado que ser obeso puede impactar negativamente la supervivencia, dado que tener un IMC de 30 o más, se asoció con un aumento del 34% en la mortalidad.^{188, 189, 190}

En este mismo sentido Dignam y su equipo observaron en una población de pacientes con cáncer de colon un incremento estadísticamente significativo del 38% en el riesgo de recurrencia de la enfermedad y un 28% de aumento de la mortalidad en pacientes que tenían un IMC mayor o igual a 35.¹⁹¹

Sobre la realización de actividad física después de recibir el diagnóstico y el riesgo de recurrencia y de mortalidad, en varios estudios se encontró que al aumentar la actividad física disminuyó significativamente la mortalidad general y tendió a mejorar de forma significativa^{192, 193, 194} y no significativa¹⁹⁵ la supervivencia.

Meyerhardt y su equipo estudiaron a un grupo de 1009 pacientes con cáncer de colon y recto durante los tres meses posteriores a la cirugía y 6 meses después de terminada la quimioterapia adyuvante y encontraron que los pacientes que tenían una dieta consistente en carne roja y procesada, granos refinados y postres de azúcar tenían una supervivencia 3,25 veces menor que quienes tenían otros patrones dietéticos.¹⁹⁶

Estos estudios no encontraron diferencias entre ser hombre o mujer con diagnóstico de cáncer colorrectal y tener o no mejores conductas saludables, contrario a lo hallado en nuestra investigación.

8.6 Cambios en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico de cáncer de colon y recto

El funcionamiento familiar cambió positivamente en casi la mitad de los pacientes participantes en esta investigación, después de ser diagnosticados de cáncer. La familia y el paciente se ven afectados frente a una enfermedad como el cáncer en aspectos como el psicológico, el instrumental y el social. Esto se refleja en que los familiares más cercanos al paciente se convierten en ese apoyo integral y de cuidado que se requiere para afrontar cada circunstancia que trae la enfermedad. La respuesta que la familia genere es la que determina la calidad de vida del enfermo.¹⁷⁰

Cuando hay un diagnóstico de cáncer, la familia pasa por una crisis de organización y se hace necesaria la renovación estructural que permita adaptarse a las necesidades de atención al enfermo. Habrá por tanto modificaciones en los aspectos económicos, emocionales, el soporte físico, los procesos vitales, el ritmo de la vida, lo cual hace necesario un mayor esfuerzo de los integrantes. Algunas veces estos cambios son para bien y otras veces provocan más desunión y crisis.¹⁹⁷ Así lo manifestaron algunos de los participantes al referir en algunos

casos que hubo más unión y preocupación en torno del estado de salud y los cuidados del enfermo; como también hubo familiares que hicieron señalamientos negativos sobre el paciente y se apartaron física y emocionalmente.

El afrontamiento a las situaciones está condicionado por el tipo de enfermedad, el estadio, el tratamiento, la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación y el nivel socioeconómico, las relaciones cercanas con la familia, el apoyo social y el funcionamiento familiar.¹⁹⁸

Si bien la salud y la enfermedad son condiciones biológicas del ser humano, también son valorados como aspectos sociales y culturales que pueden indicar pertenencia. Por tanto contar con un buen sistema de apoyo social favorece el afrontamiento adecuado a la enfermedad.¹⁹⁹

8.7 Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida promotores de salud

Se acepta la hipótesis de trabajo que se planteó. Existe una correlación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida saludables, de manera que al mejorar el funcionamiento familiar se tienen estilos de vida más saludables. Este hallazgo es similar a lo encontrado en el estudio chino con sobrevivientes de un evento cerebrovascular¹³⁸ dado que ellos concluyeron que a mejor funcionamiento familiar, mejor grado de estilos de vida saludable. Por el contrario, los resultados entre el funcionamiento familiar y los estilos promotores de salud en las usuarias chilenas del sistema de salud¹²⁸ son diferentes a los obtenidos en nuestro estudio, no alcanzando la significación estadística.

Al analizar con mayor detalle las asociaciones entre ambas escalas, es la actividad física la dimensión de los estilos de vida saludables que más se asocia con las dimensiones y metas del funcionamiento familiar en las familias con un familiar diagnosticado con cáncer de colon y recto. La actividad física se correlacionó positivamente con las dimensiones coherencia, individuación y mantenimiento y las metas estabilidad, espiritualidad y control del funcionamiento familiar.

Teóricamente la relación entre actividad física (estilo de vida promotor de salud)⁸⁶ y la cohesión o coherencia (funcionamiento familiar) es evidente dado que según Friedemann¹⁰ acciones como una caminata por el campo o practicar ejercicio favorece la reducción de la tensión entre los integrantes de la familia, al permitir dedicarse tiempo a sí mismos y a los otros y conectar los sentidos (cuerpo) con los aspectos psicológicos, esto establece afectividad entre los integrantes de la familia.

Williams y su equipo realizaron un estudio en el cual evidenciaron que con una sola sesión de ejercicio se desarrollan respuestas afectivas y que la intensidad de la misma determina el grado de compromiso para realizar más ejercicio.²⁰⁰ De

acuerdo con autores como Ekkekakis y Petruzzello²⁰¹, la intensidad óptima del ejercicio a la que se produce la respuesta afectiva más positiva es la moderada, dado que está más cerca del umbral ventilatorio (~ 65% VO 2max)²⁰².

Hay evidencia de que el ejercicio físico promueve cambios en el cerebro humano debido a los aumentos en el metabolismo, la oxigenación y el flujo sanguíneo en el cerebro. Sin embargo el conocimiento de cómo el cerebro humano se ve afectado por las intervenciones de ejercicio físico es limitado, y la evidencia disponible es predominantemente de estudios con animales.^{203, 204} Los estudios con animales han demostrado que el ejercicio físico modula los principales neurotransmisores del sistema nervioso central que están asociados con el estado de alerta individual (norepinefrina), el sistema de placer y recompensa (dopamina) y el nivel de ansiedad (serotonina). Además, los cambios en los niveles de estos neurotransmisores pueden tener diferentes consecuencias dependiendo del tipo o los tipos de receptores y de las áreas corticales que se activan.²⁰⁵

En Japón se realizó un estudio con un grupo de adultos mayores de entre 60 y 87 años, quienes fueron distribuidos en un grupo de control y otro de intervención. La intervención consistió en un programa de ejercicios durante 6 meses. El estado de salud mental inicial y al final de la intervención, se midió mediante la escala abreviada del Perfil de Estados de Ánimo; también se midieron los marcadores de estrés como el nivel de cortisol y alfa-amilasa en saliva. Los investigadores encontraron que al inicio del programa no hubo diferencias significativas entre los participantes de los dos grupos ni en el puntaje de la escala ni en los biomarcadores salivares, sin embargo después de los 6 meses de intervención, el grupo que participó en el programa de ejercicios mostró una disminución significativa en el puntaje de “fatiga” medido con la escala y el nivel de cortisol, mientras que el grupo de control no se evidenciaron cambios con significancia estadística.²⁰⁶

De lo anterior es posible deducir que la actividad física ocasiona cambios bioquímicos en el cuerpo humano, lo que promueve a su vez cambios positivos en el estado de ánimo de un individuo. Por tanto al ser la familia una agrupación de individuos, el ejercicio o la actividad física beneficia también el desarrollo de la afectividad entre sus integrantes, es decir el buen funcionamiento familiar.

Como se explicitó en el marco teórico, cada una de las metas del sistema familiar se relaciona con dos dimensiones del sistema familiar. Así la espiritualidad¹⁰ que es una de las metas que se relaciona positivamente con la actividad física (estilo de vida promotor de salud) en nuestra investigación,⁸⁶ se establece mediante las dimensiones de individuación y coherencia. Esta meta le permite a un individuo ajustar su propio ritmo de vida, fortalecer los lazos emocionales, reducir el miedo a estar solo y la impotencia frente a situaciones difíciles, mediante la conexión con el universo y personas que le rodean. La práctica de actividad física entonces contribuye a desarrollar afecto con otras personas y a sentirse capaz de afrontar una enfermedad como el cáncer por el establecimiento de retos y el sentimiento de bienestar físico que se consigue. La meta estabilidad (funcionamiento

familiar)¹⁰ favorece la conservación de valores y creencias familiares, a la vez que provee la flexibilidad para asumir cambios, con lo cual la continuidad o el establecimiento de nuevos comportamientos como la realización de actividad física por parte de los integrantes de la familia y el paciente de cáncer, guardan coherencia

Otra dimensión de los estilos de vida saludable que correlacionó positivamente con el funcionamiento familiar fue la de relaciones interpersonales,⁸⁶ que alude al uso de la comunicación como una forma de acercamiento y cercanía formal con las personas, mediante la expresión de pensamientos y sentimientos con mensajes verbales y no verbales. Se correlacionó con la dimensión cambio de funcionamiento familiar que reúne todas las acciones que conducen la toma de decisiones conscientes para aceptar o reemplazar valores y actitudes ya establecidos, de tal forma que se permite la adaptación a nuevas alternativas.¹⁰ Es destacable que para conocer nuevos valores y adaptarlos a la vida individual y familiar es inevitable relacionarse con otros y aprender de ellos y de sus experiencias. También las relaciones interpersonales⁸⁶ se correlacionó con la dimensión familiar mantenimiento¹⁰ a través de la cual se logra suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales, que inevitablemente se consigue a través de la interacción con los demás seres humanos, pues por sí mismos no es posible suplir todos los requerimientos.

Para expertos como Thoits, el apoyo social consiste en el grado en el que las necesidades básicas de una persona se satisfacen a través de la interacción con otros; estas necesidades están representadas en el afecto, la estima, el consentimiento, la pertenencia, la identidad y la seguridad.²⁰⁷ El apoyo social es un aspecto muy importante para la familia, está ligado a los cuidados familiares que tienen lugar tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis.²⁰⁸ Es un proceso de interacción en el que puede obtenerse ayuda instrumental, emocional o financiera a partir de una red social.²⁰⁹ En nuestra investigación, la presencia de niveles más altos de apoyo familiar se asocia a un mejor funcionamiento familiar, en todas las dimensiones salvo en el cambio

En un estudio llevado a cabo en Taiwán con 155 padres y madres de familia que tenían un hijo con síndrome de Down, se analizó cómo la estructura familiar, las demandas familiares y el apoyo social se relacionan con el funcionamiento familiar. Tras los análisis los investigadores concluyeron que los padres y madres con mayor nivel de escolaridad, mayores ingresos familiares, menos demandas familiares y un mayor apoyo social contribuyen con un funcionamiento familiar más saludable.²¹⁰

Un grupo de investigadores mexicanos estudió la relación entre el funcionamiento familiar y las redes de apoyo social en una muestra de 192 familias. Para valorar el funcionamiento familiar usaron el instrumento FACES II fundamentado en el modelo circunplejo de Olson. Sus conclusiones apuntan a que las redes de apoyo familiar, seguidas de las redes de amigos, son las que aportaron más apoyo a la mayoría de los tipos de familia. Al correlacionar los niveles de funcionamiento

familiar con las redes de apoyo social, observaron que existió una débil correlación positiva, pero estadísticamente significativa. ($r=0,352$, $p=0,01$) y una débil correlación negativa pero significativa ($r=-0,270$, $p=0,01$) entre el funcionamiento familiar y el sentimiento de falta de apoyo. Así, para estos investigadores, reafirma la importancia de los recursos familiares para resolver los conflictos, reducir las situaciones causadas por el estrés evolutivo o imprevisto y poder manejar las crisis en el sistema familiar ocasionadas por los cambios.²¹¹

Las actividades que forman parte del mantenimiento del sistema familiar, ayudan a la consecución de las metas control y estabilidad;¹⁰ por lo tanto, ante el surgimiento de relaciones interpersonales es necesario regular la información que se recibe de otros, para ocasionar solo los cambios que son favorables al individuo y su familia, conservando así la organización familiar interna.⁸⁶ El control también permite la planificación del futuro, aceptando o rechazando estímulos del medio ambiente, y vencer así la incertidumbre y el aislamiento. Es decir, el control del sistema familiar permite la regulación de las relaciones interpersonales. La estabilidad es esa meta del sistema familiar que orienta el carácter o la identidad de una persona y le ayuda a mantener sus características básicas, pero con cierta flexibilidad para cambiar y desafiar las propias opiniones que se dan a través de la relación con otros seres y generar cambios sin desestabilizar al sistema familiar.¹⁰

La tercera dimensión de los estilos de vida saludable relacionada con el funcionamiento familiar fue el manejo del estrés y ésta consiste en identificar y movilizar los recursos psicológicos y físicos existentes para controlar o disminuir la tensión emocional generada por las situaciones de la vida.⁸⁶ El manejo del estrés se asocia al mantenimiento (dimensión del funcionamiento familiar)¹⁰ en que éste último permite la suplencia de las carencias emocionales, bajo un orden o patrón de vida controlable en búsqueda de la salud mental, dentro de un ambiente de seguridad y autonomía, dado que una persona puede modificar la estructura del sistema sin experimentar el dolor y el estrés que se asocian a los cambios. Para un buen manejo del estrés tanto en el individuo como en la familia, es necesario el control (funcionamiento familiar)¹⁰ porque con éste es posible rechazar o aceptar estímulos externos y vencer así la vulnerabilidad, reduciendo entonces las amenazas. Igualmente el manejo del estrés (estilo de vida promotor de salud)⁸⁷ familiar e individual requiere de la estabilidad del sistema familiar porque se sopesan los cambios y las aperturas que traen las diferentes situaciones y le permiten a la familia y a sus integrantes alejarse de aquello que ponga en peligro la integridad del sistema¹⁰.

La familia es un sistema conformado por subsistemas o individuos relacionados ya sea biológicamente o afectivamente, que cumplen con funciones específicas, tienen estructura jerárquica, normas y reglas definidas. El estrés es una demanda física o psicológica que sobrepasa lo habitual y por tanto provoca ansiedad en el sistema, puede ser interno, externo o afectar de manera indirecta o directa.^{212,213,214,215}

Según el modelo de resistencia y ajuste familiar, la familia vive una fase de ajuste y otra de adaptación al estrés. La resistencia consiste en esos esfuerzos que hace la familia para minimizar o reducir el impacto estresor, mientras que la adaptación se define como los esfuerzos a la organización o consolidación como sistema para recuperar el orden alterado por el evento estresante.^{216, 217}

Según McCubbin, el modelo se resume en la generación de una crisis familiar que es el hecho precipitante y que a la vez tiene efectos sobre el sistema (dolor, angustia, miedo). La familia cuenta con recursos para enfrentarse a este hecho y pueden ser familiares, personales, extra familiares, afectivos, económicos, de consejo o de conductas.²⁰⁶

La familia es más o menos vulnerable según su habilidad para prevenir el surgimiento de un evento. Para generar respuestas, las familias hacen uso de sus normas, valores y herramientas transaccionales que conllevan a la adaptación del sistema familiar.²⁰⁶

En resumen, el entorno familiar representa para el individuo un espacio socioeducativo de modelamiento y aprendizaje sobre cómo manejar situaciones de crisis durante su vida, por tanto al ser integrante de una familia se evidencia una estrecha relación entre el afrontamiento individual y el afrontamiento familiar; esto sin desconocer que habrá momentos en que las decisiones deben ser netamente individuales y en ocasiones deben ser grupales.²¹⁸

Se ha demostrado en algunos estudios que el estrés psicosocial tiene un papel en la progresión del cáncer por su impacto en los mecanismos de regulación inmune, la angiogénesis y la invasión.²¹⁹ Un estudio en pacientes con cáncer de ovario ha demostrado que el apoyo social se relaciona con niveles más bajos de metaloproteinasa tanto en el tejido sérico como en el tejido tumoral.²²⁰ En otro estudio, los pacientes con cáncer de ovario con escaso apoyo social presentaron niveles más altos de IL-6, que es un factor angiogénico producido por las células tumorales que interrumpe el equilibrio entre los factores pro y anti-angiogénicos.²²¹ Existe una evidencia de asociación entre las desregulaciones en la secreción de cortisol diurno y la disminución de la calidad de vida, la mayor discapacidad funcional, la fatiga y los peores resultados en pacientes con cáncer de mama.^{222,223,224} Por lo tanto, los estudios mencionados anteriormente indican que el estrés experimentado por los pacientes puede afectar al desarrollo o evolución del cáncer.

Diversos estudios han relacionado el funcionamiento familiar y el estrés en familias con niños enfermos, mientras que en los adultos resultan casi inexistentes las publicaciones; de aquí que la información que se detalla a continuación sea en su mayoría relacionada con niños. En un estudio con 49 padres de niños con hemofilia se evaluó la percepción del estrés y el funcionamiento familiar, encontrando diferencias significativas en la percepción de los factores estresantes reportados por los padres y por las madres, también con los antecedentes familiares de hemofilia, por lo que se determinó que los padres de familia tienen

dificultades para adaptarse al manejo de la enfermedad en especial para cumplir adecuadamente con los tratamientos, dados los muchos factores estresantes que perciben.²²⁵

Las familias de niños con cáncer se enfrentan a situaciones desafiantes que pueden generar cambios en el sistema familiar, por ejemplo elevar la sintomatología depresiva en los padres^{226,227} con lo cual hay evidencia del aumento en los episodios de conflicto familiar y reducción en la calidad del ambiente familiar durante y después del tratamiento.^{228, 229} Un amplio y creciente cuerpo de investigación indica que cuando los padres están deprimidos, los niños corren un mayor riesgo de sufrir una serie de dificultades sociales y psicológicas.^{230, 231}

Investigaciones realizadas por Bronfenbrenner²³² muestran que los niños afrontan los diversos aspectos de las experiencias estresantes, de acuerdo a la calidad del sistema social o familiar en el que estén inmersas. El funcionamiento del sistema familiar puede tener un gran impacto en el ajuste del niño enfermo.²³³

Los estudios han respaldado la importancia de la cohesión familiar, la expresividad y el conflicto para adaptarse a experiencias estresantes.²³⁴ Las investigaciones han indicado que cuando los padres y los niños pueden hablar abiertamente sobre eventos vitales estresantes, como el trasplante de médula ósea, los niños experimentan un mejor ajuste emocional a corto y largo plazo^{224, 235, 236} Holmes y sus colegas²²⁶ encontraron que cuando las familias muestran una fuerte cohesión y expresividad, es más probable que los niños manifiesten un ajuste positivo en general y durante las transiciones y tiempos de mayor estrés. Además, cuando las familias se caracterizan por altos niveles de conflicto, la investigación ha demostrado que los niños tienen más probabilidades de experimentar síntomas de internalización y externalización, un vínculo que parece exacerbarse por experiencias de vida estresantes en estos casos.

Jobe-Shields et al.,²³⁷ realizaron un estudio con el objetivo de comprobar que la relación entre el entorno familiar y la angustia infantil difiere según los niveles de síntomas depresivos de los padres. Para ello conformaron una muestra de 146 padres cada uno con un hijo que sería sometido a trasplante de médula ósea en cuatro hospitales infantiles de Estado Unidos. En este ensayo clínico se investigó la eficacia de las intervenciones para reducir la angustia asociada a la experiencia de ser sometido a un trasplante de este tipo. Los resultados señalaron que la angustia informada por los niños y los síntomas depresivos de los padres se correlacionaron positivamente, y los síntomas depresivos de los padres se correlacionaron negativamente con los niveles de cohesión y expresividad familiar y se relacionaron negativamente con el conflicto familiar.

Desde una perspectiva práctica, estos resultados indican que los niños se benefician de un entorno familiar cohesivo y expresivo cuando sus padres mantienen niveles saludables de funcionamiento psicológico (por ejemplo, la depresión de los padres es baja) y el entorno familiar incluye una alta cohesión y

expresividad. Sin embargo, cuando uno o ambos factores faltan o se ponen en peligro, los niños se vuelven vulnerables a mayores niveles de angustia.²³⁷

Se hizo una búsqueda de publicaciones cuyo objetivo fuese relacionar el funcionamiento familiar y el estrés, en familias con adultos enfermos y se encontraron solo dos que de alguna manera abordaron el tema. La primera fue una revisión sobre el estrés psicológico y los factores sociales con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.²³⁸ Sus autores resaltan citando a expertos,^{239,240} que la calidad de las relaciones familiares influye en la generación de trastornos de ansiedad y depresión y por lo mismo en la generación de adicciones; lo ilustran haciendo mención a que las malas relaciones familiares tienen un impacto en el inicio del hábito de fumar y se asocian con tasas más bajas de abandono del hábito de fumar, lo cual dificulta el tratamiento de enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma.

La segunda publicación encontrada tuvo como objetivo determinar la existencia de relación entre el funcionamiento familiar y la ansiedad, en un grupo de pacientes adultos con enfermedad crónica (problemas metabólicos y cardiovasculares) en México.²⁴¹ Los resultados señalaron que en este grupo de participantes no existió relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y el funcionamiento familiar y explican este hallazgo en que el 91% de estos pertenecían a una familia funcional, a pesar de tener rasgos de ansiedad del nivel moderado.

El estrés psicosocial asociado con el cáncer y su tratamiento a menudo es pasado por alto por los médicos. Puede afectar la calidad de vida y el funcionamiento social del paciente y debe abordarse junto con la terapia dirigida contra el cáncer. Como existe una correlación significativa entre la angustia psicosocial y la calidad de vida experimentada, intervenciones como la atención paliativa holística y el apoyo social con el objetivo de reducir la angustia de los pacientes podrían mejorar la calidad de vida y mejorar el funcionamiento social.²³⁷

La única meta del funcionamiento familiar que no se relacionó significativamente con las conductas promotoras de salud fue el crecimiento; esto puede tener fundamento en que ésta meta se soporta por las dimensiones del funcionamiento familiar individuación y cambio que puntuaron en el nivel bajo y medio respectivamente. Adicionalmente, el nivel de cumplimiento de las conductas promotoras de salud se encontró con la frecuencia “a veces”, lo cual sugiere que para afectar positivamente “el crecimiento” se requiere de mejores estrategias informativas sobre los comportamientos saludables que permitan a los integrantes la conciliación de valores que lleven a transformaciones de comportamientos pero sin pérdida de la identidad y de la seguridad como sistema familiar.¹⁰

Es importante analizar estos resultados mediante las afirmaciones teóricas de Pender⁹ que fundamentan esta investigación; la primera hace referencia a que las conductas previamente aprendidas o heredadas influyen con las creencias y la afinidad que un individuo desarrolla por las conductas que promueven la salud, lo cual es importante dentro de una familia, pues es la primera fuente de aprendizaje

que tiene un individuo y de allí se obtienen en su mayoría y se prolongan a lo largo del ciclo vital.

Otra afirmación de Pender⁹⁵ expone que cuando los individuos importantes o representativos para una persona ayudan a modelar y a adoptar sus conductas saludables, hay mayor probabilidad de que un individuo se sienta comprometido y las asuma. Igualmente reconoce que las familias, las parejas y los cuidadores de salud, influyen de forma importante el compromiso de adoptar o no estilos de vida saludable y esto sucede claramente dentro de las familias, dado que allí se encuentran las personas representativas y son modelo a seguir. Si los padres y hermanos hacen ejercicio, comen verduras y frutas y dentro de sus actividades cotidianas se llevan a cabo comportamientos saludables, los demás integrantes los podrán asumir con facilidad, al copiar sus patrones de conducta.

Por último, Pender argumenta que las situaciones y el entorno externo de un individuo, también pueden aumentar o disminuir el grado de compromiso que se tenga hacia la práctica de conductas saludables.⁹ Es claro que la situación económica, el desarrollo laboral e intelectual, el estado de salud de las personas y sus familiares, entre otras, comprometen las posibilidades de cumplir o no con ciertas acciones aunque el individuo las reconozca como favorables para su salud.

9. APLICACIONES PRÁCTICAS DESDE EL CUIDADO ENFERMERO

Los hallazgos de esta investigación pueden llevarse a la práctica en la medida en que la familia es la primera fuente de que dispone un ser humano para el aprendizaje, replicación y el intercambio de información. Por tanto los profesionales de la salud tienen un espacio favorable para influenciar positivamente las creencias y los comportamientos relacionados con la salud que se aprenden en el ambiente familiar, trabajando con los padres/madres o cuidadores, con el fin de introducirlos en las costumbres familiares y que luego se repliquen a medida que los individuos crecen o envejecen.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que participaron en esta investigación mostraron niveles bajos en la realización de actividad física y en el manejo del estrés, lo cual se explica por factores como la edad (edad media = 60,8 años), el sometimiento a tratamientos de quimioterapia y radioterapia del 44,9% que ocasionan diferentes grados de fatiga y debilidad física, el enfrentarse a un diagnóstico como el del cáncer y la incertidumbre del pronóstico. Sin embargo, los profesionales de Enfermería pueden diseñar planes de cuidado que tengan en cuenta estas dos dimensiones y las demás propuestas por Pender, es decir, organizar un plan de realización de actividad física adaptado a cada paciente facilitando la progresión a medida que el tratamiento avanza.

Por otro lado el manejo del estrés ofrece amplitud de estrategias individuales y grupales (con la familia) que pueden llevarse a cabo desde el primer contacto del paciente con el equipo de salud, dado que el conocer un diagnóstico como el del

cáncer no resulta fácil para el ser humano. Puede ser liderado por el profesional de enfermería con formación en salud mental y apoyado por profesionales de psicología y psiquiatría.

La dimensión nutrición también obtuvo un puntaje medio-bajo, condicionado por los efectos de los tratamientos y el diagnóstico en sí "cáncer colorrectal". Pero se debe planificar el cuidado desde el inicio de la atención, con apoyo de profesionales en nutrición. Los pacientes han tenido que modificar sus hábitos nutricionales y manifestaron que tanto ellos como sus familias se hicieron más conscientes de la necesidad de una buena nutrición, a partir del diagnóstico.

En la planificación de las estrategias es fundamental involucrar a la familia, pues allí están los cuidadores principales y el apoyo primario para que los pacientes logren la recuperación o una muerte digna. Pero la familia como agrupación de individuos también se debe beneficiar de información para generar acciones de autocuidado.

Por otro lado el funcionamiento familiar se debe valorar a la par con las condiciones clínicas y variables sociales al inicio de la atención, pues tal y como se relató en el apartado de los resultados el padecimiento de esta enfermedad puede ocasionar cambios positivos o negativos. Esta evaluación debe permitir abordar integralmente los pacientes, asegurando la atención física bajo condiciones de apoyo familiar, la compañía permanente y la cualificación en la ejecución de cuidados al enfermo.

10. LIMITACIONES

Dadas las características de inseguridad del contexto bogotano y las distancias para la movilización, no se logró completar el tamaño muestral calculado, de tal forma que faltaron 9 pacientes.

Estos resultados pueden ser interpretados solamente para este grupo de familias, no se deben generalizar a la población, debido al tamaño muestral y a ser una muestra de conveniencia.

En esta investigación se valoraron las respuestas del paciente para describir lo que sucede en el funcionamiento familiar y en la práctica de estilos de vida promotores de salud de sus familias, sería interesante y enriquecedor el poder abordar la opinión de otros integrantes familiares y poderlos correlacionar.

11. FORTALEZAS

Existen pocas publicaciones sobre funcionamiento familiar en adultos con cáncer.

Se han correlacionado dos aspectos de gran relevancia en el cáncer que son los estilos de vida saludable y el funcionamiento familiar.

Se han utilizado dos escalas diseñadas desde la disciplina enfermera con fiabilidad y validez y que deberían ser más utilizadas en la práctica clínica.

Se han obtenido resultados que pueden ser utilizados por la institución para mejorar el cuidado a los pacientes de cáncer y sus familias.

12. CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los pacientes de cáncer colorrectal se sienten apoyados por su familia. Aproximadamente un 40% percibe tanto el apoyo familiar a nivel emocional como en el cuidado de la salud y económico.
2. La mayor parte de los pacientes con cáncer colorrectal perciben un funcionamiento familiar medio/alto en las dimensiones coherencia, cambio y mantenimiento, de la Teoría de la Organización Sistémica propuesta por Friedemann. Sin embargo, casi la mitad de ellos aprecian un nivel bajo en la dimensión individuación. Todas las metas del funcionamiento familiar se encuentran en el nivel medio/alto.
3. Los pacientes con un mayor nivel educativo percibieron un mejor funcionamiento familiar a nivel global. Las dimensiones asociadas fueron la individuación y el cambio. Así mismo, presentaron mejores puntuaciones en las metas control y crecimiento.
4. El tener algún tipo de apoyo familiar y que este sea permanente se asocia a un mejor funcionamiento familiar global. No tener ningún tipo de apoyo se asocia con peor funcionamiento familiar en todas las metas y en todas las dimensiones salvo en el cambio.
5. Casi la mitad de los pacientes percibieron un cambio positivo en el funcionamiento familiar tras el diagnóstico. Estos pacientes valoran mejor el funcionamiento familiar en todas dimensiones y metas.
6. Los estilos promotores de salud más frecuentemente practicados por los pacientes de cáncer colorrectal fueron el crecimiento espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales. La actividad física fue la dimensión que los pacientes reconocieron realizar menos.
7. Las mujeres mostraron unos mejores estilos de vida promotores de salud.
8. Un mejor funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer colorrectal se asocia positivamente con estilos de vida saludable. La dimensión que correlaciona positivamente con más dimensiones y metas del funcionamiento familiar ha sido la actividad física.
9. La actividad física podría ser una herramienta eficaz para mejorar el funcionamiento familiar en los pacientes de cáncer colorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salazar D. Investigación operativa en proyectos de desarrollo de la salud. En: Corporación de Promoción Universitaria. Chile: Universidad de Chile; 1986.
2. Congreso de la República de Colombia. [Internet]. Bogotá: Congreso de la República; 1991 [citado 2015 en. 4] Constitución Política de Colombia. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>
3. Minuchín S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974. Citado por Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 [citado 2015 en. 9];13(6): 591-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso
4. Villarroel G, Sánchez X. Relación familia y escuela: un estudio comparativo en la ruralidad. Estud. pedagóg [Internet]. 2002 [citado 2015 en. 10];(28):123-141. Doi: 10.4067/S0718-07052002000100007
5. Munar C. La adversidad y el grupo familiar. Rev Av. Enferm [Internet]. 2005 [citado 2015 en. 3];23(1):100-5. Doi: 10.15446/av.enferm
6. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: WHO; 2011. [citado 2015 ene.]; [8 pantallas]. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Geneva: Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
7. Elliot DS. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, editors. Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press; 1993.
8. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington: OPS; 2014. [consultado 2015 ene.]; [5 pantallas]. Cáncer en las Américas perfiles 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=es
9. Pender N. El modelo de Promoción de la salud. En: Marriner Ann y Raile Martha. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003
10. Friedemann ML. The framework of systemic Organization. En: The framework of systemic Organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.

11. De La Revilla L. Qué es la familia. En: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994
12. Velandia AL. Conceptualización sobre familia dentro del enfoque de la medicina social. Rev Av Enferm [Internet]. 2004 [citado 2015 en. 4]; 12(2,3):11-15. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16569>
13. Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano, Ramón, et al. Salud Familiar. Chile: Universidad de Chile; 1988.
14. Herrera S, Patricia M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 [citado 2015 en. 4]; 13(6):591-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013
15. Friedman M. Family Nursing Theory and Practice: Family social networks and social support. 3ª ed. Estados Unidos de Norteamérica: Appleton & Lange; 1992.
16. Minuchín S. Familias y terapia familiar. España: Editorial Gedisa; 1977.
17. Minuchín S y Fishman Ch. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Ediciones Paidós; 1988.
18. Duvall E. Marriage and family development. Philadelphia: Lippincott; 1977. Citado por Retamales J, Behn V, Merino J. Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile, año 2003. Cienc. enferm [Internet]. 2004 [citado 2015 en. 2]; 10(1):23-30. Doi: 10.4067/S0717-95532004000100004
19. Colapinto JA. Enfoque estructural. En: Roizblatt A, editor. Terapia familiar y de pareja. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo Ltda; 2005.
20. Instituto Nuevo Amanecer. Hospital Universitario [Internet]. 2001 [citado 2015 en. 5]; [cerca de 2 pantallas]. Ramírez C, et al. Funcionalidad familiar y enfermedad crónica Infantil. Disponible en: <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>
21. Saucedá JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 1991 [citado 2015 en. 4]; 29(1):61-68. Disponible en: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad4.1.pdf>
22. Gómez C; Ponce I. Atención familiar. Originales breves Departamento de Medicina Familiar Facultad de Medicina UNAM [Internet]. 2001 [citado 2015

23. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 1983 [citado 2015 en. 6];9(2):171–80. Doi:10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
24. Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI. A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical and nonclinical samples. *J Fam Psychol* [Internet]. 1990 [citado 2015 en. 6];3(4):431–439. Doi:10.1037/h0080547
25. Byles J, Byrne C, Boyle MH, Oxford DR. Ontario child health study: reliability and validity of the general functioning subscale and of the McMaster Family Assessment Device. *Fam Process* [Internet]. 1988 [citado 2018 en. 8]; 27:97–104. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00097.x>
26. Grandi S, Fabbri S, Scortichini S, Bolzani R. Validazione italiana del Family Assessment Device (FAD). *Revista di Psichiatria* [Internet]. 2007 [citado 2018 en. 6];42(2). Disponibile en: http://www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00275_2007_02/fulltext/05%20114-122.pdf
27. Wenniger WF, Hageman WJ, Arrindell WA. Crossnational validity of dimensions of family functioning: first experiences with the Dutch version of the McMaster Family Assessment Device (FAD). *Pers Individ Dif* [Internet]. 1993 [citado 2018 en. 6];14:769-781. Doi: 10.1016/0191-8869(93)90090-P
28. Diareme S, Tsiantis J, Kolaitis G, Ferentinos S, Tsalamaniotis E, Paliokosta E, Anasontzi S, Lympinaki E, Anagnostopoulos DC, Voumvourakis C, Romer G. Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis: a controlled study in Greece. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2003 [citado 2018 en. 5];15(6):309–318. Doi:10.1007/s00787-006-0534-7
29. Kilic EZ, Ozguven HD, Sayil I. The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: the experience of Bolu earthquake in Turkey. *Fam Process* [Internet]. 2003 [citado 2018 en 4]; 42(4):485–495. Doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00485.x
30. Al-Krenawi A, Lev-Wiesel R, Sehwal MA. Psychological symptomatology among Palestinian male and female adolescents living under political violence 2004–2005. *Community Ment Health J* [Internet]. 2007 [citado 2018 en 4];43(1):49–56 Doi:10.1007/s10597-006-9060-9
31. Al-Krenawi A, Graham JR, Slonim-Nevo V (2002) Mental health aspects of Arab–Israeli adolescents from polygamous versus monogamous families. *J Soc*

- Psychol. [Internet]. 2002 [citado 2018 en 4.];142(4):446–460
Doi:10.1080/00224540209603911
32. Kazarian SS. Family functioning, cultural orientation, and psychological well-being among university students in Lebanon. *J Soc Psychol* [Internet]. 2005 [citado 2018 en. 5];145(2):141–152. Doi:10.3200/SOCP.145.2.141-154.
 33. Saeki T, Asukai N, Miyake Y, Miguchi M, Yamawaki S. Characteristics of family functioning in patients with endogenous monopolar depression. *Hiroshima J Med Sci* [Internet]. 2002 [citado 2018 en 5];51:55–62
<https://pdfs.semanticscholar.org/e68e/e2f9883abcab49df153a567839ba2fec3e9d.pdf>
 34. Shek DT. Assessment of family functioning in Chinese adolescents: the Chinese version of the Family Assessment Device. *Res. Soc. Work Pract.* [Internet]. 2002 [citado 2018 en 4];12: 502–524. Doi:10.1177/1049731502012004003
 35. Sawyer M, Sarris A, Baghurst P, Cross D, Kalucy R. Family Assessment Device: reports from mothers, fathers and adolescents in community and clinic families. *J Marital Fam Ther.* [Internet]. 1988 [citado 2018 en. 4];14:287–296. Doi: 10.1111/j.1752-0606.1988.tb00748.x
 36. Keitner GI, Fodor J, Ryan CE, Millar IW, Epstein NB, Bishop DS. A cross-cultural study of major depression and family functioning. *Can J Psychiatry.* [Internet]. 1991 [citado 2018 en 4];36:254–258. Doi: 10.1177/070674379103600403.
 37. Barroilhet S, Cano A, Cervera S, Joao M, Guillén F. A spanish versión of the Family Assesment Device. *Soc Psychiatry Psichiatr Epidemiol* [Internet]. 2009 dic. [citado 2015 en. 5];44:1051-65. Doi: 10.1007/s00127-009-0022-8.
 38. Olson D. Faces IV and the Cimplex Model: Validation Study. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2011 ene. [citado 2018 en. 3];7(1):64-80. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
 39. Costa D et al. Escala de evaluación del funcionamiento familiar-FACES IV: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Cienc. Psicol* [Internet]. 2009 [citado 2015 en.1];3(1):43-56. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v3n1/v3n1a05.pdf>
 40. Olson D, McCubbin H, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. Inventarios sobre familia. Family Social Science-University of Minnesota. St. Paul Minnesota. Traducido por Ángela Hernández Córdoba. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia, 1989.

41. Nogales V. Faces IV. Ciencias Psicológicas [Internet]. 2007 [citado 2015 en. 3];1(1):191-8. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpsi/v1n2/v1n2a07.pdf>
42. Groenenberg I, Sharma S, Green B, Fleming S. Family environment in inner-city african-american and latino parents/caregivers: a comparison of the reliability of instruments. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2013 [citado 2015 en. 3];22:288-96. Doi:10.1007/s10826-012-9578-0
43. Rivero N, Martinez-Pampliega A, Olson DH. Spanish adaptation of the FACES IV questionnaire: Psychometric characteristics. *Family Journal* [Internet]. 2010 [citado 2015 en. 3];18:288-96. Doi: 10.1177/1066480710372084
44. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Med* [Internet]. 1994. [citado 2017 en.7];25(1) [cerca de 5 pantallas]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1776/2831>
45. Knafl K, Knafl G, Gallo A, Angst D. Parent's Perceptions of Functioning in Families Having a Child with a Genetic Condition. *J Genet Couns* [Internet]. 2007 [citado 2015 en. 3];14(4):481-92. Doi:10.1007/s10897-006-9084-x
46. Cao X, Jiang X, Li X, Hui J, Dou X. Perceived Family Functioning and depression in Bereaved Parents in China After the 2008 Sichuan Earthquake. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2015 en. 3];27(4):204-209. doi: 10.1016/j.apnu.2013.04.001.
47. Bellon JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validity and reliability of the family Apgar family function test. *Aten Primaria* [Internet]. 1996 [consultado 2015 en. 3];18(6):289–96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>.
48. Forero M, Avendaño M, Duarte Z, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2006 [consultado 2007 en. 9];35(1):23-29. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf> Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
49. Vianna V, Da Silva E, Souza ML. Vaersao em português da Family Environment Scale: aplicacao e validacao. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2007 [citado 2015 en. 4];41(3):419-26. Doi:10.1590/S0034-89102007000300014
50. Adam B, Ramli M, Jamaiyah H, Noor A, Khairani. Comparison of Family Environmental Scale (FES) Subscales between malaysian setting with the original dimension of FES. *MJP Online Early*. [Internet] 2010 [citado 2015 en.

- 4]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/258499339_Comparison_Of_Family_Environmental_Scale_FES_Subscals_Between_Malaysian_Setting_With_The_Original_Dimension_Of_FES
51. Cracco C, Blanco ML. Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2015 sep. [citado 2015 en. 4];(9)NE:129-140. Doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v9iEspec.437>
52. Hernández A. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Bogotá: Editorial el Búho; 1998. Citado por: Jiménez M, Amaris M, Valle M. Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2012 [citado 2015 en.1];28(1):99-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724108011>
53. Bertalanffy L; Teoría General de Sistemas. Editorial Fondo de la Cultura Económica. México; 1962.
54. Tamayo A. Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. [Internet]; SF. Teoría General de Sistemas. [citado 2018 may]; [2 pantallas] Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/57900/1/teoriageneraldesistemas.pdf>
55. Gallego Uribe Silvia. Comunicación Familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales [Internet]. Manizales: Editorial Universidad de Caldas. Casa de Libro. 2006 [Citado 2016 jun]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=echq7kEPItcC&oi=fnd&pg=PA7&dq=%22teor%C3%ADa+de+sisemas+familiares%22&ots=LSsIPCspqQ&sig=z_wdPhDBuFdTUkr_w3CqBYXfSI#v=onepage&q=%22teor%C3%ADa%20de%20sisemas%20familiares%22&f=false
56. Andolfi, M. Terapia Familiar. Buenos Aires: Paidós; 1984
57. Minuchin, S. Calidoscopio familiar. Madrid: Paidós; 1984
58. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Fam Process* [Internet]. 1983. [citado 2017 en. 8]; 22(1):69-83. Doi:10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x
59. Zegers B, Larraín ME, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev. chil. neuro-psiquiatr* [Internet]. 2003 ene. [citado 2018 en. 2]; 41(1):39-54. Doi: 10.4067/S0717-92272003000100006.

60. Bowlby, J. El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós; 1990. Citado por: Gallego Henao, AM. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2012 [citado 2018 en. 5];(35):326-345. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
61. Maturana, H, Varela F. El árbol del conocimiento. Madrid: Ed Debate; 1990.
62. Cusinato, M. Psicología de las relaciones familiares. Barcelona: Herder; 1992.
63. Andolfi, M. Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona: Paidós; 1993.
64. Kantor Lehr. Citado por Friedemann, M.L. An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. West J Nurs Res [Internet]. 1991 abr. [citado 2017 en. 9];13(2):236-242. Doi:10.1177/019394599101300205
65. Minuchin, S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 2003.
66. Bowen. Citado por Friedemann ML. An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. West J Nurs Res [Internet]. 1991 abr. [citado 2017 en.9];13(2):236-242. Doi:10.1177/019394599101300205
67. Olhaberry M, Farkas Ch. Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. Universitas Psychologica [Internet]. 2012. [citado 2018 en. 1];11(4):1317-1326. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n4/v11n4a24.pdf>
68. Friedemann ML. Teoría de organización sistémica: Investigación y práctica de enfermería. [Entrevista por: Criado ML] Universalud.rev.ciencias [Internet]. 2012 [citado 2017 en. 11];2(1):55-59. Disponible en: publicaciones.unisangil.edu.co/index.php/revista-universalud/article/download/.../72
69. Ansbacher H.L. Life style: A historical and systematic review. J Individ Psychol [Internet]. 1967 nov. [citado 2017 en. 10];23(2):191-212. PMID:4864677 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4864677>
70. Vargas S. Los estilos de vida en la salud. Capítulo 6. En: La salud Pública en Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Costa Rica. p. 117-118 y 122. 2009.
71. Nutbeam, D. Glosario de Promoción de la Salud. En OMS. Promoción de la Salud: una antología (pp.387). Publicación Científica N° 557. Ginebra; OMS; 1986. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3318>

72. World Health Organization-WHO. [Internet]. Ginebra; 1986. [consultado 2015 jun.];22:117-24].Life-styles and health. Social Science and Medicine: World Health Organization Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953686900602>
73. Cockerham WC, Rütten A, Abel, T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociol Q.* [Internet]. 1997 [citado 2017 en. 10];38(2):321-42. Doi: 10.1111/j.1533-8525.1997.tb00480.x
74. Henderson, Hall, Lipton. 1980. Citado por: Rodríguez, J. *Psicología social de la salud.* Madrid: Síntesis. 1995.
75. Díaz-Llanes G. El comportamiento en psicología de la salud. En: Hernández-Meléndez E, Grau-Abalo J, Editores. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2005
76. Del Pino R, Frias A, Palomino P. Estilos de vida. En: *Manual práctico de Enfermería comunitaria.* Madrid: Elsevier; 2014.
77. Gómez Arqués MA. Operativización de los Estilos de Vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años. [tesis doctoral]. Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Universidad de Granada Facultad de Psicología; 2005. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15519119.pdf>
78. Oropeza, M. Un barrio a la carta. Un ensayo sobre estilos de vida y ciudad. *Estud Sociol* [Internet]. 2004 [citado 2017 en. 7];22(3):701-718. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59806607>
79. Becoña E, Vásquez F, Oblitas L. Promoción de los Estilos de Vida Saludables: ¿Realidad o Utopía? *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú* [Internet]. 1999 [citado 2017 en. 7];17(2):170-228 <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7403/7627>
80. Maya L. Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación [Internet] Bogotá: Funlibre.org; 2001 [actualizada enero 2010; citado 2016 may] Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
81. Salazar-Torres IC, Arrivillaga-Quintero M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología* [Internet]. 2004 [citado 2017 en.10];(13):74-89. Doi: 10.15446/rcp
82. Montes de Oca J, Mendocilla, A. Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria. 2005 Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008MARgui2.pdf>

83. University of Michigan. [Internet] Michigan: University of Michigan; 2011. [actualizada enero 2011; [citado 2016 en. 11]. Pender N. Health Promotion Model Manual. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
84. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nurs Res [Internet]. 1987 [citado 2017 en. 9];36(2):76-81. PMID:3644262
85. Walker SN, Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. ANS Adv Nurs Sci [Internet]. 1988 [citado 2017 en. 8];11(1):76-90. PMID:3140723
86. College of nursing Community Based Health Department. [Internet]. Nebraska: University of Nebraska Medical Center: SF [citado 2015 en. 4] Disponible en: <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349> Walker S.
87. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6ª ed. Boston (MA): Pearson; 2011.
88. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Internet]. 2011. [consultado 2015 en. 4];8(4). Doi: 10.22201/eneo.23958421e.2011.4.32991
89. Wilson D, Ciliska D. Lifestyle Assessment: Development and use of the Fantastic Checklist. Can Fam Physician [Internet]. 1984 [citado 2017 en. 11];30:1527-1532. Doi: 10.1590/S0124-00642012000200004
90. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. Prev Med [Internet]. 1972 ago. [citado 2018 en: 2];1(3):409-421. PMID:5085007
91. Selye H. Stress Without Distress. In: Serban G. (eds) Psychopathology of Human Adaptation. Boston: Springer; 1976
92. Burns DD, Beck AT. Cognitive Behavior Modification of Mood Disorders. In: Foreyt JP, Rathjen DP (eds) Cognitive Behavior Therapy. Boston: Springer; 1978.
93. Epstein N, Bishop D, Levin S. The McMaster model of family functioning. J Marr Fam Counsel [Internet]. 1978 oct. [citado 2018 en. 2];4(4):19-31. Doi: 10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x
94. Satir V. Peoplemaking. E.E.U.U: Science and Behavior Books, Palo Alto. 1972.

95. Wilson D, Evans CE, Ciliska D, et al. The FANTASTIC lifestyle questionnaire: Development and preliminary evaluation. Proceedings of the 18th Annual Meeting of the Society of Prospective Medicine. Quebec City: PQ; 1982. Doi: 10.5935/2359-4802.20170024
96. Rodríguez R, López JM, Munguía C, Hernández JL, Martínez M. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. Rev Med IMSS [Internet]. 2003 [citado 2018 en. 5];41(3):211-220. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im033d.pdf>.
97. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R, Munguía-Miranda C, Hernández-Santiago JL, Casas de la Torre E. Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Aten Primaria [Internet]. 2000 nov [citado 2018 en. 5];26(8):542-549. Doi: 10.1016/S0212-6567(00)78719-1
98. Rodríguez CR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2008 ago. [citado 2018 en. 4];91(2):92-8. Doi:10.1590/S0066-782X2008001400006
99. Villar-López M, Ballinas-Sueldo Y, Gutiérrez C, Angulo-Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir Estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el Programa "Reforma de Vida" del Seguro Social de Salud (Essalud). Revista Peruana de Medicina Integrativa. [Internet] 2016 [citado 2018 en. 5];1(2):17-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306031784_ANALISIS_DE_LA_CONFIABILIDAD_DEL_TEST_FANTASTICO_PARA_MEDIR_ESTILOS_DE_VIDA_SALUDABLES_EN_TRABAJADORES_EVALUADOS_POR_EL_PROGRAMA_REFORMA_DE_VIDA_DEL_SEGURO_SOCIAL_DE_SALUD_ESSALUD
100. Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública [Internet]. 2012 abr. [citado 2018 en. 6];14(2):226-237. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf>
101. Ramírez Vélez R, Triana Reina H, Carrillo H, Ramos Sepúlveda JA, Rubio F, Poches Franco L, et al. A cross sectional study of Colombian university students self perceived lifestyle. SpringerPlus [internet]. 2015 [citado 2018 en. 5];4:289. Doi: 10.1186/s40064-015-1043-2
102. Darviri C, Alexopoulos E, Artemiadis A, Tigani X, Kraniotou C, Darviri P, et al. The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ): a novel tool for assessing self-empowerment through a constellation of daily activities. BMC Public Health [Internet]. 2014. [citado 2018 en. 5];14:995. Disponible en: Doi: 10.1186/1471-2458-14-995

103. Ping W, Cao W, Tan H, Guo C, Dou Z, Yang J. Health protective behavior scale: Development and psychometric evaluation. PLoS ONE [Internet]. 2018 [citado 2017 en. 11];13(1):e0190390. Doi: 10.1371/journal.pone.0190390.
104. Arrivillaga, M, Salazar, IC, Correa, D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica [Internet].2003. [Citado 2017 en. 10];34(4):186-195. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334403>
105. Guzmán AJ, Salcedo LA, Melgarejo VM. Caracterización de los estilos de vida saludables en estudiantes de licenciatura en educación básica de la facultad de estudios a distancia CREAD – Duitama. Rev.salud.hist.sanid. [Internet] 2016 Jul-dic. [citado 2017 en. 10];11(2):3-28. Disponible en <https://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/6002>
106. Arrivillaga M, Salazar IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. Psicol Conductual [Internet]. 2005 [Citado 2017 en. 10]; 13(1):19-36. Disponible en: http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Documentos%20REDCUPS/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf
107. Cháves ML, Friedemann ML, Alcorta-Garza A. Evaluación de la Escala de Funcionamiento Familiar. Desarrollo Cientif Enferm. 2000; 8(1):12-8.
108. Criado L, Rubiano Y. Efectividad de la funcionalidad en las familias con adolescentes de primer semestre de la Fundación Universitaria San Gil. Av. enferm [Internet]. 2009. [citado 2015 en. 4];27(2):71-81. Doi: 10.15446/av.enferm
109. Galán Edna. Funcionalidad en familias con adolescentes escolarizados en Paipa. Av. enferm. [Internet]. 2010. [citado 2015 en. 4];28(1):72-82. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15657>
110. Criado ML, et al. Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2011 [citado 2015 en. 9];43(1):63-69. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100010&lng=en&nrm=iso
111. García A, Acosta C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y no gestantes. Rev. Av. Enferm. [en línea]. 2011 [citado 2015 en. 4];29(1):75-86. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35856>
112. Leal R, Reyes P. Determinación de la confiabilidad del instrumento de efectividad familiar. Av. enferm. [Internet]. 2011 [citado 2015 en. 4];29(1):109-

119. Disponible en:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35864/37068>
113. Valle R. Funcionalidad familiar de familias con niños preescolares estudiantes de colegios de Bogotá D.C. 2011. *Revista Colombiana de Enfermería* [Internet]. 2012. [citado 2015 en. 4];7(7):68-74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4066482>
114. Friedemann ML, Buckwalter K, Newman F, Mauro A. Patterns of caregiving of Cuban, other hispanic, caribbean black and white elders in South Florida. *J Cross Cult Gerontol* [Internet]. 2013 [citado 2015 en. 4];28(2):137-52. Doi: 10.1007/s10823-013-9193-6
115. Astedt P, Friedemann M L, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen M. Assessment of strategies in families tested by Finnish families. *Int J of Nurs Stud*. [Internet]. 2001. [citado 2015 en. 4];38(1):17-24. Disponible en: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(00\)00056-0/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(00)00056-0/fulltext)
116. Bolaño D, Cortina J, Vargas S. Funcionalidad familiar en niños con dificultades en el aprendizaje escolar en dos instituciones educativas públicas del Municipio de Sincelejo. *Revisalud Unisucre* [Internet]. 2013 mar-jul. [citado 2015 en. 4];1(1):3-10. Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/71>
117. Teng HL, Yen M, Fetzer S. Health promotion lifestyle profile II: Chinese version short form. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2010. [citado 2015 en. 4];66(8):1864-73. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05353.x.
118. Esin N. Evaluation and promotion of health behaviors of industry workers. [tesis doctoral]. [Istanbul]: Univerity Health Science Institute an Unpublished; 1997. Tesis doctoral para la Univerity Health Science Institute (Istanbul [in Turkish]) Citado por: Beser A, Bahar Z, Buyukkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Ind Health* [Internet]. 2007 [citado 2015 en. 4];45(1):151-9. PMID:17284887
119. Akca S. Evaluation of health behaviors among lecturers and affecting factors, aegean. [tesis doctoral]. [Izmir]: University Health Science Institute, an Unpublisehd; 1998. Tesis doctoral para la University Health Science Institute (Izmir[in Turkish]). Citado por: Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Ind Health* [Internet]. 2007 [consultado 2015 en. 4];45(1):151-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284887>
120. Finnegan L, Campbell R, Ferrans C, Wilbur J, Wilkie D, Shaver J. Symptom cluster experience profiles in adult survivors of childhood cancers. *J Pain*

- Symptom Manage. [Internet]. 2009 [citado 2015 en. 4];38(2):258-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782846/>
121. Wei CN, Yonemitsu H, Harada K, Miyakita T, Omori S, Miyabayashi T, et al. A Japanese language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nihon Eiseigaku Zasshi* [Internet]. 2000, ene. [citado 2018 en. 1];54(4):597-606. PMID:10714148
 122. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nurs Res* [Internet]. 1990; [citado 2018 en. 1]; 39(6):268-273. PMID:2399130
 123. Beser A, Bahar Z, Buyukkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among turkish workers and occupational health nurses responsibilities in their health promoting activities. *Ind Health* [Internet]. 2007 [citado 2015 en. 4];45(1):151-9. PMID:17284887
 124. Riley T, Lewis B, Lewis M, Fava J. Low income HIV infected women and the process of engaging in Healthy Behavior. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2008. [citado 2015 en. 8];19(1):3-15. Doi: 10.1016/j.jana.2007.09.
 125. Ecevit S, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Educ Pract.* [Internet]. 2008 [citado 2015 en. 8];8(6):382-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595308000346>
 126. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health promotion in nurses: is there healthy nurse in the house? *Appl Nurs Res* [Internet]. 2009. [citado 2015 en. 8];22(3):211-15. Doi: 10.1016/j.apnr.2007.07.005.
 127. Kang Y, Suk Y, Kim N. K. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nurs Res.* [Internet]. 2010. [consultado 2015 en. 9];4(1):45-55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131710600059>
 128. Zhang SC, Wei CN, Fukumoto K, Harada K, Ueda K, Minamoto K, et al. A comparative study of health promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. *Environ Health Prev Med.* [Internet]. 2011. [citado 2015 en. 6]; 16(2):80-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21432222>
 129. Bi J, Huang Y, Xiao Y, Cheng J, Li F, Wang T, et al. Association of lifestyle factors and suboptimal health status: a cross-sectional study of chinese students. *BMJ Open* [Internet]. 2014. [citado 2015 en. 7];4. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-005156OI.

130. Tsai YC, Liu CH. An eHealth education intervention to promote healthy lifestyles among nurses. *Nursing Outlook* [Internet]. 2014 [citado 2015 en. 9];63(3):245-54. Doi: 10.1016/j.outlook.2014.11.005
131. Kim CJ, Park JW, Kang SW. Health promoting lifestyles and cardiometabolic risk factors among international students in South Korea. *Collegian* [Internet]. 2014. [citado 2015 en. 8];22(2):215-23. Doi: 10.1016/j.colegn.2014.09.008
132. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammad S, Mohammadi E, Nedjat S. Health promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. *BMC Public Health* [Internet]. 2014. [consultado 2014 en. 12];59:465-73. Doi: 10.1007/s00038-013-0513-y.
133. Nacar M, Baycan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, et al. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2014 [consultado 2015 en. 8];15(20):8969-74. PMID:25374238
134. Vidal D, et al. Social Determinants of Health and Lifestyles in Adult Population Concepción, Chile. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2014 [consultado 2015 en. 5];20(1):61-74. Doi:10.4067/S0717-95532014000100006.
135. Laguado E, Gómez P. Estilos de vida saludable en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Rev. Hacia Prom. Salud.* [Internet]. 2014 [citado 2014 en. 12];19(1):68-83. Doi 10.16925/issn.0124-4361.
136. Coral R, Vargas D. Estrategias que promueven estilos de vida saludables. *rev.udcaactual.divulg.cient.* [Internet]. 2014. [citado 2015 en. 1];17(1):35-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n1/v17n1a05.pdf>
137. Jiang S, Shen L, Ruan H, Li L, Gao L, Wan L. Family function and health behaviors of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences.* [Internet]. 2014 [citado 2015 en. 5];1(3):272-76. Doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.024
138. Gutiérrez F. Estilos promotores de salud y funcionamiento familiar-comuna Hualpén, Región del Bío Bío, Chile. *Cuad. méd. soc* [Internet]. 2013. [citado 2015 en. 1];53(1):33-41. Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C1%5C53_1_4.pdf
139. Anand P., Kunnumakara A. B., Sundaram C., Harikumar K. B., Tharakan S. T., Lai O. S., Aggarwal B. B. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharm Res* [internet]. 2008 [citado 2017 en. 5];25(9):2097-2116 Doi:10.1007/s11095-008-9661-9.

140. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. [Internet] Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012 Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021. [consultado 2015 abril] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>
141. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: OMS-MPOWER; 2008 [citado 2017 en. 5] Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>
142. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med [Internet]. 2006 [consultado 05 mayo 2017];3(11):2011-2030. Doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442
143. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas - implications for alcohol policy. Pan American Journal of Public Health [Internet]. 2005. [citado 2017 en. 5];18(4/5):241-8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28085.pdf>
144. Shield K, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2017 en. 5];38(6):442-449. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001100002&lng=en
145. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. [Internet] Bogotá: INS-ONS; 2015. [citado 2018 en. 6] Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>
146. Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social. [Internet] Bogotá: Profamilia, 2015 Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015. ENSIN. [consultado 2018 jun]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf
147. Departamento Nacional de Planeación-DNP República de Colombia. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. [Internet] Bogotá: DNP, 2014 [citado 2014 en. 12]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdfndicionesno-transmisibles.pdf>

148. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Internet] Ginebra: OMS; 2018 [actualizada 01 febrero 2018; citada 2018 en. 6] Notas descriptivas. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
149. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Bogotá. D.C: Instituto Nacional de Cancerología; 2015.
150. Galán E. Familia: un escenario importante en la promoción de la salud y la prevención del cáncer. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2014. Documento de trabajo.
151. Moreno JM, Galiano MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. Acta Pediatr Esp [Internet]. 2006. [citado 2016 en.1];64(11):554-8. Disponible en: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/689-la-comida-en-familia-algo-m%C3%A1s-que-comer-juntos>
152. Londoño, Juan Luis. Metodología de la Investigación Epidemiológica. 3ª ed. Bogotá: Manual Moderno; 2006
153. Fundación SIMMON. Datos propios, disponibles en medios físicos.
154. Fundación SIMMON. ¿Quiénes somos? [en línea] Bogotá: 2015 [ciado 2015 en. 4] Disponible en: <http://www.simmoncancer.org/>
155. Friedemann, M. An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. West J Nurs Res. 1991;13(2):220-36. Doi:10.1177/019394599101300205
156. Grupo de Investigación en Funcionalidad Familiar. Validez facial del instrumento: evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad familiar, versión en español, de M.L. Friedemann. Bogotá: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2006. Documento de trabajo.
157. Grupo de Investigación en Funcionalidad Familiar. Criterios de interpretación escala ASF-E. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. 2006. Documento de trabajo.
158. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish version of the health-promoting lifestyle profile. Nurs Res [Internet].1990 [citado 2016 en.1];39(5):268-73. PMID: 2399130
159. Polit, D, Hungler B. Diseños de investigación para estudios cuantitativos. En: Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw Hill – Interamericana; 2000
160. Argimón J, Jiménez J. Cuestionarios. En: Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria de Salud. Madrid: Doyma libros; 1993.

161. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental. Informe Belmont. [Internet]. Belmont: 2010 [consultado 2015 en. 4] Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
162. Burns N, Grove S, Gray J. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
163. Ministerio de Salud Colombia. [Internet]. Bogotá: 2000, Congreso de la República. [citado 2015 en. 4]. Resolución Número 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
164. Duvall, E. Etapas del Ciclo vital familiar (Modificado por Duvall). En: Salud Familiar. Florenzano Urzoa R. y otros. Santiago de Chile: Editorial Corporación de Promoción Universitaria; 1986.
165. Profamilia, Ministerio de la Protección Social, USAID. [Internet]. Bogotá: Profamilia, 2016 [citado 2017 en. 2] Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Resumen Ejecutivo ENDS-2015. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
166. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. [Internet]. Bogotá: DANE; 2016 [citado 2016 en. 11]. Estadísticas por tema-Empleo y desempleo 2016 Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>
167. Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev Haban cienc méd. [Internet]. 2008 [citado 2016 en. 11]; 7(3):[cerca de 4 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es.
168. Guillén N, Osorio E. Apoyo familiar a personas con cáncer. [Monografía en internet]. Minatitlán Veracruz: Facultad de Enfermería Universidad Veracruzana; 2010. [citado 2016 en. 11]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/331/1/GuillenAguirre-OsorioCruz.pdf>
169. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá, 2013. Minsalud. [consultado: 20 de noviembre de 2016]. Envejecimiento demográfico. Colombia

- 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
170. Díaz G, Yaringaño J. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista Investigación en Psicología* [Internet]. 2010 [consultado 2017 en. 2];13(1):69-86. Doi:10.15381/rinvp.v13i1.3737
171. Grau C, Espada M. Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología* [Internet]. 2012 [citado 2017 en. 2];9(1):125-136. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39142.
172. Muñoz F, Espinosa J, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal. *Medicina de Familia* [Internet]. 2002, sep. [citado 2017 en. 2];3(3):190-199. Disponible en: <http://samfyc.es/Revista/PDF/v3n3/07.pdf>
173. De Oliveira, Dos Santos G, Aparecida J, Da Silva M, Wakiuchi J, Aparecida C. Eventos intensificadores e redutores do estresse em famílias de pacientes com câncer: revisão integrativa . *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2013 [citado 2017 en. 2];17(3):705-712. Doi: 10.5935/1415-2762.20130052
174. World Health Organization. [Internet]. Geneva WHO; 2010 [consultado 12 de febrero de 2017]. Global recommendations on physical activity for health. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
175. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, USDHHS; 2008. [consultado 11 febrero de 2017]. Physical Activity Guidelines for Americans. Disponible en: <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
176. Cordera, R. et al. "Transición mexicana", ciclo de mesas redondas - memoria-. Secretaría de Asuntos estudiantiles. México: Universidad Nacional Autónoma de México. 1996. Citado por: Palomar-Lever, J, Márquez-Jiménez, A. Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* [Internet]. 1999 jul-dic. [citado 2017 en. 5];4(8). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14000805>
177. Tapia, M. La educación de la mujer en la cultura familiar y en la salud de sus hijos. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México. 1990. Citado por: Palomar-Lever, J, Márquez-Jiménez, A. Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* [Internet]. 1999 jul-dic. [citado 2017 en. 5];4(8). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14000805>

178. Palomar-Lever, J, Márquez-Jiménez, A. Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* [Internet]. 1999 jul-dic. [citado 2018 en. 3];4(8). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14000805>
179. Baider, L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2003 [citado 2018 en. 2];3(3):505-520. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730306>
180. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 mar [citado 2018 en. 6]; 27(3):460-470. Doi: 10.1590/S0102-311X2011000300007.
181. Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 jun. [citado 2018 en. 6];(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es.
182. Fenco, M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Licenciatura]. México: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010 Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1299/1/fenco_am.pdf
183. Conner M, Norman P. The role of social cognition in health behaviours. En: Conner M, Norman P. *Predicting Health Behaviour: Research Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press; 1995.
184. García R, Coronel M. Diferencias de género en la elección de estilos de vida en Argentina. *Ciencias Económicas* [Internet]. 2014 [Citado 2010 en 3]; 32(1):64-84. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/15053/14318>
185. Infante, G, Goñi, A, Villarroel, JD. Actividad física y autoconcepto, físico y general, a lo largo de la edad adulta. *Revista de Psicología del Deporte* [Internet]. 2011 [citado 2018 en.2];20(2):429-444. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235122167013>
186. Coelho IPSM, Formiga LMF, Machado ALG, Araújo AKS, Mendes TF, Borges FM. Practice of physical activity among elderly. *Rev Fun Care* [Internet]. 2017 ago-dic. [citado 2018 en. 2];9(4):1107-1112. Doi: /10.9789/2175-5361.2017.v9i4. 1107-1112
187. Sanabria-Ferrand P, González L, Urrego Diana. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. *Rev. Fac. Med*

- [Internet]. 2007 jul. [citado 2018 en 6.];15(2):207-217. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008&lng=en.
188. Campbell PT, Newton CC, Dehal AN, et al. Impact of body mass index on survival after colorectal cancer diagnosis: the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2012; [citado 2018 en. 7]; 30:42–52. [PubMed: 22124093]
 189. Meyerhardt JA, Catalano PJ, Haller DG, et al. Influence of body mass index on outcomes and treatment-related toxicity in patients with colon carcinoma. *Cancer*. [Internet]. 2003 [citado 2018 en. 7]; 98:484–95. [PubMed: 12879464]
 190. Sinicropo FA, Foster NR, Yothers G, et al. Body mass index at diagnosis and survival among colon cancer patients enrolled in clinical trials of adjuvant chemotherapy. *Cancer* [Internet]. 2013 [citado 2018 en. 7]; 119:1528–36. [PubMed: 23310947]
 191. Dignam JJ, Polite BN, Yothers G, et al. Body mass index and outcomes in patients who receive adjuvant chemotherapy for colon cancer. *J Natl Cancer Inst*. [Internet]. 2006 [consultado 2018 en. 7]; 98:1647–54. [PubMed: 17105987]
 192. Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Holmes MD, et al. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2006 [citado 2018 en.7]; 24:3527–34. Doi: 10.1200/JCO.2006.06.0855
 193. Baade PD, Meng X, Youl PH, et al. The impact of body mass index and physical activity on mortality among patients with colorectal cancer in Queensland, Australia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. [Internet]. 2011 [consultado 2018 en. 7];20:1410–20. Doi: 10.1158/1055-9965
 194. Campbell PT, Patel AV, Newton CC, et al. Associations of recreational physical activity and leisure time spent sitting with colorectal cancer survival. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2013 [citado 2018 en. 7]; 31:876–85. Doi: 10.1200/JCO.2012.45.9735
 195. Kuiper JG, Phipps AI, Neuhauser ML, et al. Recreational physical activity, body mass index, and survival in women with colorectal cancer. *Cancer Causes Control*. [Internet]. 2012[citado 2018 en. 7];23:1939–48. Doi: 10.1007/s10552-012-0071-2
 196. Meyerhardt JA, Niedzwiecki D, Hollis D, et al. Association of dietary patterns with cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer. *JAMA*. [Internet]. 2007 [citado 2018 en. 7];298:754–64. [PubMed: 17699009]
 197. Acosta-Zapata E, López-Ramón C, Martínez-Cortés M, Zapata-Vázquez R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer

- de mama. Horiz. sanitario [Internet]. 2017 ago. [citado 2018 en. 6];16(2):139-148. Doi:10.19136/hs.v16i2.1629.
198. Diario Oficial de la Federación. [Internet] México; 2011. Norma oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Disponible en internet en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202
 199. Rodriguez-Marin J, Pastor MA, López-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* [Internet]. 1993 [citado 2018 en. 5];5(Sup):349-372. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>
 200. Williams DM, Dunsiger S, Ciccolo JT, Lewis BA, Albrecht AE, Marcus BH: Acute affective response to a moderate-intensity exercise stimulus predicts physical activity participation 6 and 12 months later. *Psychol Sport Exerc* [Internet] 2008 [citado 2018 en.7];9: 231–245. Doi:10.1016/j.psychsport.2007.04.002
 201. Ekkekakis P, Petruzzello SJ: Acute aerobic exercise and affect: current status, problems and prospects regarding dose-response. *Sports Med* [Internet] 1999; [citado 2018 en. 7];28: 337–374. PMID:10593646
 202. Caiozzo VJ, Davis JA, Ellis JF, Azus JL, Vandagriff R, Prietto CA, et al. A comparison of gas exchange indices used to detect the anaerobic threshold. *J Appl Physiol* [Internet]. 1982; [citado 2018 en. 7];53: 1184–1189. Doi:10.1152/jappl.1982.53.5.1184
 203. Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, et al. Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology* [Internet]. 2009 [citado 2018 en.7];59: 191–198. Doi: 10.1159/000223730.
 204. Dishman RK, Berthoud HR, Booth FW, Cotman CW, Edgerton VR, Fleshner MR, et al. Neurobiology of exercise. *Obesity (Silver Spring)* [Internet]. 2006; [citado 2018 en. 7];14: 345–356. Doi:10.1038/oby.2006.46
 205. Sarbadhikari SN, Saha AK: Moderate exercise and chronic stress produce counteractive effects on different areas of the brain by acting through various neurotransmitter receptor subtypes: a hypothesis. *Theor Biol Med Model* [Internet]. 2006 [citado 2018 en. 7];3:33. Doi:10.1186/1742-4682-3-33
 206. Tada A. Psychological effects of exercise on community-dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging*. [Internet] 2018 [citado 2018 en. 7]; 13:271-276. Doi: 10.2147/CIA.S152939
 207. Thoits PA. Social support as coping assistance. *J Consult Clin Psychol*. [Internet]. 1986 [consultado 2018 julio 27];54(4);416-423. PMID: 3745593

208. Robinson-Whelen S, Taday J, MacCallum RC, McGuire L, Kiecolt-Glaser JK. Long-term caregiving: What happens when it ends. *Journal of Abnormal Psychology* [Internet] 2001 [citado 2018 en. 7];110(4):573-584. Doi: 10.1037/0021-843X.110.4.573
209. Bowling A. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales. En: *Social indicators research*; [Internet] 1991[consultado 2018 en. 7];49(1):115-120. Doi:10.1046/j.1365-2648.1999.0951g.x
210. Hsiao CY. Family demands, social support and family functioning in Taiwanese families rearing children with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res* [Internet]. 2013 [citado 2018 julio]; 58(6): [aproximadamente 4 pantallas] Doi: 10.1111/jir.12052.
211. Medellín M, Rivera M, López J, Kanán Gabriela, Rodríguez-Orozco A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Ment* [Internet]. 2012 abr. [citado 2018 en.7]; 35(2):147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es.
212. Bertalanffy, L. *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Madrid: Alianza Universidad. 1979
213. Amarís M., Amar J. Jiménez M. Dinámica de las familias de menores con problemas psicosociales: el caso del menor infractor y la menor explotada sexualmente. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.* [Internet] 2005 [citado 2018 en.7];3(2):141–174. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v3n2/v3n2a06.pdf>
214. Hernández, A. *Estrés en la familia colombiana: tensiones típicas y estrategias de afrontamiento*. Bogotá: Universidad Santo Tomás. 1991.
215. Stetz, K., Lewis, F. & Primo, J. Family coping strategies and chronic illness in the mother. *Family Relations*. 1986. [citado 2018 en. 7];35(4):512-522. Doi:10.2307/584512
216. McCubbin, M. & McCubbin, H. Family coping with health crises: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health and illness*. New York: Mosby. 1993.
217. McCubbin, H., McCubbin, M. & Thompson, A. Resiliency in families: The role of family schema and appraisal in family adaptation to crises. In T. Brubaker (Ed.), *Families in transition*. Beverly Hills: Sage. 1992.

218. Amarís M, Madariaga C, Valle M, Zambrano Javier. Individual and family coping strategies when facing psychological stress situations. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2013 ene-abr. [citado 2018 en. 7];30(1). Disponible en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>
219. Lutgendorf SK, Sood AK, Antoni MH. Host factors and cancer progression: Biobehavioral signaling pathways and interventions. *J Clin Oncol.* [Internet] 2010; [citado 2018 en.7];28:4094–9. Doi: 10.1200/JCO.2009.26.9357
220. Lutgendorf SK, Lamkin DM, Jennings NB, Arevalo JM, Penedo F, DeGeest K, et al. Biobehavioral influences on matrix metalloproteinase expression in ovarian carcinoma. *Clin Cancer Res.* [Internet]. 2008; [citado 2018 en 7.];14(21):6839–46. Doi: 10.1158/1078-0432.CCR-08-0230.
221. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Sood AK, Anderson B, Sorosky J, Lubaroff DM, et al. Psychosocial factors and interleukin-6 among women with advanced ovarian cancer. *Cancer.* [Internet]. 2005 [citado 2018 en. 7];104(2):305–13. Doi:10.1002/cncr.21147
222. Bower JE, Ganz PA, Dickerson SS, Petersen L, Aziz N, Fahey JL, et al. Diurnal cortisol rhythm and fatigue in breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2005 [citado 2018 en. 7];30(1):92–100. [PubMed] Doi:10.1016/j.psyneuen.2004.06.003
223. Sephton SE, Sapolsky RM, Kraemer HC, Spiegel D. Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *J Natl Cancer Inst.* [Internet] 2000; [citado 2018 en. 7];92(12):994–1000. [PubMed] PMID:10861311
224. Touitou Y, Lévi F, Bogdan A, Benavides M, Bailleul F, Misset JL, et al. Rhythm alteration in patients with metastatic breast cancer and poor prognostic factors. *J Cancer Res Clin Oncol* [Internet]. 1995 [citado 2018 en.7];121(3):181–8. [PubMed] PMID:7713990
225. Torres-Ortuño A, Cuesta-Barriuso R, Nieto-Munuera J. Parents of children with haemophilia at an early age: assessment of perceived stress and family functioning. *Haemophilia* [Internet]. 2014 nov. [citado 2018 en. 7];20(6):756-762. Doi: 10.1111/hae.12471
226. Dermatis H, Lesko L. Psychological distress in parents consenting to child's bone marrow transplant. *Bone Marrow Transplant* [Internet]. 1990 [citado 2018 en. 7];6(6):411–417. [PubMed: 2097010]
227. Manne S, Nereo N, DuHamel K, et al. Anxiety and depression in mothers of children undergoing bone marrow transplant: Symptom prevalence and use of the Beck Depression and Beck Anxiety Inventories as screening instruments. *J*

- Consult Clin Psychol [Internet]. 2001 [citado 2018 en. 7];69(6):1037–1047. [PubMed: 11777107]
228. Morris J, Blount R, Cohen L, Frank N, Madan-Swain A, Brown R. Family functioning and behavioral adjustment in children with leukemia and their healthy peers. *Children's Health Care [Internet]* 1997; [citado 2018 en. 7]; 26:61–75. Doi:/10.1207/s15326888chc2602_1
229. Kazak AE, Meadows AT. Families of young adolescents who have survived cancer: Social-emotional adjustment, adaptability, and social support. *J Pediatr Psychol [Internet]*. 1989; [citado 2018 en. 7];14:175–192. Doi:10.1093/jpepsy/14.2.175
230. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev [Internet]*.1999; [citado 2018 en. 7];106:458–490. [PubMed: 10467895]
231. Cummings, EM., Davies, P. Depressed parents and family functioning: Interpersonal effects and children's functioning and development. In: Joyner, T.; Coyne, JC., editors. *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. American Psychological Association; Washington, DC: 1999. p. 299-327.
232. Bronfenbrenner, U. *The ecology of human development*. Harvard University Press; Cambridge, MA:1979.
233. Robinson KE, Gerhardt CA, Vannatta K, Noll RB. Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *J Pediatr Psychol [Internet]*. 2007; [citado 2018 en. 7]; 32:400–410. Doi:10.1093/jpepsy/jsl038
234. Phipps S, Mulhern RK. Family cohesion and expressiveness promote resilience to the stress of pediatric bone marrow transplant: A preliminary report. *Dev and Beh Pediatr. [Internet]* 1995; [citado 2018 en. 7];16:257–263. DOI: 10.1097/00004703-199508000-00008
235. Salmon K, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2002 [citado 2018 en. 7];22:163–188. Doi:10.1016/S0272-7358(01)00086-1
236. Holmes C, Yu Z, Frenz J. Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *J Consult Clin Psychol [Internet]*. 1999 [citado 2018 en. 7]; 767(3):411–419. Doi:10.1037/0022-006X.67.3.411
237. Jobe-Shields L, Alderfer MA, Barrera M, Vannatta K, Currier JM, Phipps S. Parental depression and family environment predict distress in children prior to

- Stem-Cell Transplantation. *J Dev Behav Pediatr.* [Internet]. 2009 [citado 2018 en. 7];30(2):140–6. Doi: 10.1097/DBP.0b013e3181976a59.
238. Zawada K, Brtaek A, Krysta K. Psychological distress and social factors in patients with asthma and chronic obstructive lung disease. *Psychiatria Danubina* [Internet]. 2015 [citado 2018 en. 10];27(supp 1):462-64. [PubMed: 26417817]
239. Holm KE, LaChance HR, Bowler RP, Make BJ, &Wamboldt FS: Family factors are associated with psychological distress and smoking status in chronic obstructive pulmonary disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010; 32:492-498.
240. Hoth KF, Wamboldt FS, Ford DW, Sandhaus RA, Strange C, Bekelman DB et al.: The social environment and illness uncertainty in chronic obstructive pulmonary disease. *Int Journal Behavioral Med* 2015; 22:223-232.
241. Zavala-Rodríguez M, Ríos-Guerra M, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández C. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad Crónica. *Aquichán* [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 en. 10];9(3):257-270. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300006&lng=en

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de características sociodemográficas y familiares

Código de la familia: _____

Instrucción: a continuación encuentra una serie de preguntas que tienen el propósito de permitir una descripción acerca de sus características sociales y familiares. No hay respuesta buena ni mala, solo se trata de su realidad. Tenga en cuenta que no le pedimos que se identifique por cuanto, sus datos son confidenciales. Seleccione solo una respuesta en cada ítem, marcando con una letra equis (X)

Características demográficas del informante

Edad en años cumplidos: _____ Género: Masculino ____ Femenino ____

Estado civil: casado ____ unión libre ____ soltero ____ viudo ____ separado ____

Nivel de escolaridad: Ninguna ____ Primaria incompleta ____

Primaria completa ____ Secundaria incompleta ____ Secundaria Completa ____

Técnica o tecnológica ____ Universitaria ____ Posgrado ____

Filiación religiosa: Ninguna ____ Católica ____ Cristiana ____

Evangélica ____ Otra ____ ¿Cuál? _____

Ocupación: Ninguna ____ Hogar ____ Trabaja ____ Estudia ____ Estudia y trabaja ____

Existe dentro de su familia otra persona con diagnóstico de cáncer colorrectal SI ____

NO ____ Parentesco _____

Está usted actualmente en tratamiento SI ____ NO ____

Los médicos le han hablado sobre su pronóstico? Especifique _____

Qué tipo de apoyo recibe de parte de su familia?

Económico ____ Cuidado de la salud ____ Emocional ____ Ninguno ____

El apoyo que le brindan se da:

Permanente ____ Casi siempre ____ Algunas veces ____ Nunca ____

Miembros de la familia: NO escribir nombres de ninguno de los integrantes sino, el parentesco:

Parentesco: padre, madre, hijo 1, hijo 2, hijo 3, hijo 4, abuelo, abuela, tío, tía, sobrino, primo, cuñado, nuera, yerno, etcétera.	EDAD (años)	GÉNERO		CVF No diligenciar	TIPO No diligenciar
		Femenino	Masculino		
				/	/

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR ¹

- ___ Etapa 1: Formación de la pareja (hasta el nacimiento del primer hijo)
- ___ Etapa 2: Crianza inicial de los hijos (hasta los 30 meses del primer hijo)
- ___ Etapa 3: Familia con niños preescolares (hasta los 6 años del primer hijo)
- ___ Etapa 4: Familia con niños escolares (hasta los 13 años del primer hijo)
- ___ Etapa 5: Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)
- ___ Etapa 6: Familia en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa)
- ___ Etapa 7: Familia d edad media (hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja)
- ___ Etapa 8: Familia anciana (hasta la muerte de uno de ambos miembros de la pareja)

TIPOLOGÍA FAMILIAR²:

1. NUCLEAR:

- UNIPERSONAL: vive solo una persona
- NUCLEAR COMPLETA: ambos padres y los hijos (solo dos generaciones, no nietos)
- NUCLEAR INCOMPLETA: faltan el padre o la madre y viven los hijos (solo dos generaciones, no nietos)
- PAREJA SIN HIJOS: parejas jóvenes o viejas, sin hijos en el hogar.

2. EXTENSA:

- EXTENSA COMPLETA: la pareja con hijos vive con otras personas de la familia (abuelos, nietos, primos, tíos, sobrinos)
- EXTENSA INCOMPLETA: el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos y otros parientes (abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos)
- PAREJA SIN HIJOS CON PARIENTES: parejas sin hijos en el hogar y otros parientes
- JEFE Y OTROS PARIENTES: vive el jefe sin hijos con otros parientes

3. COMPUESTA: familia compuesta por parientes y **no parientes**.

¹ Duvall, E. Etapas del Ciclo vital familiar (Modificado por Duvall). En: Salud Familiar. Florenzano Urzoa R. y otros. Santiago de Chile. Primera edición. Editorial Corporación de Promoción universitaria. 1986 p.79

² PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010. URL disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=48&limitstart=1

Anexo 2. Escala ASF-E con puntuación

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (Versión en español)³
AUTOR: Marie Luise Friedemann⁴

COMO ES MI FAMILIA

FAMILIA, aquí son todas las personas que usted considera su familia: familiares, parientes y amigos a quienes acepta como de su familia; familia son todos los que usted siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en su casa o vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más o menos estrecho con usted.

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una **X** en el cuadrado inferior del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su semejanza, seleccione la que considere más parecida a la de su familia. Ninguna afirmación es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

1	C	Generalmente nuestra familia está feliz <input type="checkbox"/> 3	En nuestra familia hay rabia y tristeza <input type="checkbox"/> 1	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos <input type="checkbox"/> 2
	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada <input type="checkbox"/> 1	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros <input type="checkbox"/> 2	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia <input type="checkbox"/> 3
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia <input type="checkbox"/> 2	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad <input type="checkbox"/> 1	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar <input type="checkbox"/> 3
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio <input type="checkbox"/> 2	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente <input type="checkbox"/> 3	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa <input type="checkbox"/> 1
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias <input type="checkbox"/> 3	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos <input type="checkbox"/> 2	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra <input type="checkbox"/> 1
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende <input type="checkbox"/> 1	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien <input type="checkbox"/> 2	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas <input type="checkbox"/> 3

³ Traducción realizada por el Departamento de Lenguas Extranjeras Universidad Nacional de Colombia. Abril de 2006.

⁴ Marie Luise Friedemann, R.N., Ph. D., Assistant Professor, College of Nursing. Wayne State University, 5557 Cass Avenue, Detroit MI. USA.

No				
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita
		3	1	2
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano
		3	2	1
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos
		1	2	3
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	En nuestra familia algunos podrían colaborar más
		1	3	2
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien
		2	3	1
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas
		1	2	3
13	C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad
		1	3	2
14	M S	Nuestra familia estaría mejor, sino fuera por algunos problemas que hemos tenido	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido
		2	1	3
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos
		2	3	1
16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones	En nuestra familia somos unidos

No					
			1		2
					3
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás	1	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	3
					2
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado	1	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	3
					2
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales	2	En nuestra familia no hay nada que celebrar	1
					3
20	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	3	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad	2
					1

Agradecemos su paciencia y cooperación y le pedimos que si hubiese alguna idea que completara el conocimiento de su familia lo anote en la parte inferior.

Anexo 3. Escala ASF-E para aplicar

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (Versión en español)⁵ AUTOR: Marie Luise Friedemann⁶

COMO ES MI FAMILIA

FAMILIA, aquí son todas las personas que usted considera su familia: familiares, parientes y amigos a quienes acepta como de su familia; familia son todos los que usted siente emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en su casa ó vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más ó menos estrecho con usted.

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una **X** en el cuadrado inferior del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su semejanza, seleccione la que considere más parecida a la de su familia. Ninguna afirmación es errónea ó equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

No				
1	C	Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
2	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas

⁵ Traducción realizada por el Departamento de Lenguas Extranjeras Universidad Nacional de Colombia. Abril de 2006.

⁶ Marie Luise Friedemann, R.N., Ph. D., Assistant Professor, College of Nursing. Wayne State University, 5557 Cass Avenue, Detroit MI. USA.

No				
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	En nuestra familia algunos podrían colaborar más
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas
13	C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad
14	M S	Nuestra familia estaría mejor, sino fuera por algunos problemas que hemos tenido	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos
16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones	En nuestra familia somos unidos

No				
		el otro		
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales	En nuestra familia no hay nada que celebrar	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales
20	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice

Agradecemos su paciencia y cooperación y le pedimos que si hubiese alguna idea que completara el conocimiento de su familia lo anote en la parte inferior.

¿Cree usted que algunos de los aspectos que se le han preguntado en este cuestionario, eran diferentes antes que le diagnosticaran el cáncer, es decir, cree usted que su familia funciona diferente después de recibir el diagnóstico del cáncer?

SI _____ NO _____

¿Por qué? (enumere los aspectos que cambiaron y si fueron positivos o negativos)

Anexo 4. Criterios de interpretación Escala ASF-E

CRITERIOS DE INTERPRETACION DE LA ESCALA “EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR” de la Dra. M.L. Friedemann

La Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E), es un instrumento desarrollado para evaluar la Efectividad de la Funcionalidad Familiar en base a la Teoría de Organización Sistémica. El instrumento tiene 20 ítems cada uno con tres indicadores que han sido ponderados previamente por la autora del Instrumento. La ponderación corresponde a los siguientes niveles:

Nivel	Significado
1	Bajo nivel de efectividad de la funcionamiento familiar
2	Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar
3	Alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar

Los ítems están agrupados según las dimensiones propuestas en el marco de organización sistémica familiar, así:

	Coherencia (C)	Individuación (I)	Cambio en el sistema (CS)	Mantenimiento del sistema (MS)
Número de ítem según el instrumento	1, 5, 10, 15, 18	3, 7, 12	4, 8, 13, 17, 20	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19

A las dimensiones se les ha asignado un valor ponderado, dando mayor peso a la clasificación de bajo nivel, siguiendo el criterio de evaluación total de la escala, así:

CALIFICACION DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA ASF-E

DIMENSIONES	RANGOS		CLASIFICACION		
	MINIMO	MAXIMO	Alto nivel	Intermedio nivel	Bajo nivel
Mantenimiento del sistema (MS)	7	21	17-21	12-16	7-11
Cambio del sistema (CS)	5	15	13-15	9-12	5-8
Individuación (I)	3	9	8-9	6-7	3-5
Coherencia (C)	5	15	13-15	9-12	5-8

La teoría de Organización sistémica comprende cuatro grandes metas: *Estabilidad, Espiritualidad, Crecimiento y Control Familiar estando interrelacionadas así: “coherencia e individuación se retroalimentan con la meta de Espiritualidad; Coherencia y Mantenimiento del Sistema se dirigen hacia la Estabilidad, Individuación y Cambio del Sistema tienden hacia el crecimiento y mantenimiento y cambio del sistema propenden al control del sistema”⁷.*

⁷ CHAVEZ AGUILERA, María Luisa y otros. Evaluación de la escala de efectividad en el funcionamiento familiar. En Desarrollo científico de enfermería. Volumen 8 No. 1 Enero- febrero 2000. p15

Estabilidad 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 Y 19
C – MS

Crecimiento 3, 4, 7, 8, 12, 13, 17 y 20
I – CS

Control 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19 Y 20
MS - CS

Espiritualidad 1, 3, 5, 7, 10, 12, 15 Y 18
C - I

A las METAS se les ha asignado igualmente un valor ponderado, dando mayor peso a la clasificación de bajo nivel y siguiendo el criterio de calificación total de la escala:

CALIFICACION DE LAS METAS DE LA ESCALA ASF-E

METAS	RANGOS		CLASIFICACION		
	MINIMO	MAXIMO	Alto nivel	Intermedio nivel	Bajo nivel
Estabilidad (MS Y C)	12	36	29-36	21-28	12-20
Control (MS Y CS)	12	36	29-36	21-28	12-20
Crecimiento (I Y CS)	8	24	20-24	14-19	8-13
Espiritualidad (C Y I)	8	24	20-24	14-19	8-13

El puntaje total de la escala de Efectividad de la funcionalidad familiar se obtiene sumando el total de ítems y se clasifica según el siguiente rango:

CALIFICACION TOTAL DE LA ESCALA ASF-E

RANGOS		CLASIFICACION		
MINIMO	MAXIMO	Alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar	Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar	Bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar
20	60	56-60	51-55	20-50

Anexo 5. Instrumento Health Promoting Lifestyle Profile versión II (HPLP II) Español

CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente

	nunca	algunas veces	frecuentemente	rutinariamente
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	M	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	M	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como carminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana).	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R

	nunca	algunas veces	frecuentemente	siempre
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Disuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examinó mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	N	A	M	R
40. Examinó mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	M	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza mas grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995.
 Reproduction without the author's express written consent is not permitted. Permission to use this scale may be obtained from:
 Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.
 Se prohíbe la reproducción de este cuestionario sin el permiso escrito de las autoras. Se puede obtener dicho permiso de:

Susan Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN y Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN, autoras del instrumento "Health Promoting Lifestyles Profile II (HPLP)", en la página de internet que han creado para presentarlo, refieren al respecto del uso de su instrumento, lo siguiente: *los derechos de autor del instrumento están exclusivamente en manos de las tres autoras antes mencionadas. Autorizan la descarga y utilización del cuestionario HPLP II para recoger datos, con fines no comerciales como los proyectos de investigación, o de evaluación, siempre y cuando el contenido no sea en ninguna manera alterado y se dé el respectivo crédito a las autoras. Puede ser reproducido en los anexos de las propuestas de tesis, tesina o becas de investigación, pero no se permite la reproducción del instrumento para cualquier otro propósito, ni en las publicaciones de los resultados de los estudios en que haya sido utilizado.* ⁹⁴ Ver anexo 8

Anexo 6. Instrucciones de puntajes Health Promoting Lifestyle Profile versión II (HPLP II)

HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II

Scoring Instructions

Items are scored as	Never (N)	=	1
	Sometimes (S)	=	2
	Often (O)	=	3
	Routinely (R)	=	4

A score for overall health-promoting lifestyle is obtained by calculating a mean of the individual's responses to all 52 items; six subscale scores are obtained similarly by calculating a mean of the responses to subscale items. The use of means rather than sums of scale items is recommended to retain the 1 to 4 metric of item responses and to allow meaningful comparisons of scores across subscales. The items included on each scale are as follows:

Health-Promoting Lifestyle	1 to 52
Health Responsibility	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
Physical Activity	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Nutrition	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
Spiritual Growth	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
Interpersonal Relations	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
Stress Management	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47

3/95: snw

Anexo 7. Consentimiento Informado

Consentimiento informado para participar en la investigación “Funcionamiento familiar y estilos de vida promotores de salud en las familias de pacientes con cáncer de colon y recto”.

Respetado participante, de manera atenta le estoy invitando a expresar de forma escrita, su voluntad de participar en la presente investigación, cuyo objetivo general es analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la generación de los estilos de vida promotores de salud, en las familias de pacientes con cáncer de colon y recto, vinculadas a una fundación que asesora a pacientes adultos con cáncer, en la ciudad de Bogotá D.C 2015. De acuerdo con la legislación colombiana, esta es una investigación de bajo riesgo pues no se realizarán intervenciones terapéuticas, farmacológicas o psicológicas en usted o su familia.

Para el anterior fin, usted de manera libre expresa que ha sido informado y está de acuerdo con los siguientes aspectos:

1. Su participación, consiste en el diligenciamiento de dos encuestas escritas, que serán suministradas por la investigadora, dando respuesta con su opinión sobre lo que se pregunta en cada una de ellas.
2. No se le realizará a usted o a su familia ninguna intervención o procedimiento terapéutico o farmacológico como parte de esta investigación
3. Su identidad será mantenida en anonimato, de tal forma que será identificado con un código y no con su nombre u otro dato identificatorio.
4. Será la investigadora quien recolectará y custodiará los cuestionarios para procesar la información, con fines académicos y de investigación.
5. Puede retirarse voluntariamente de participar en la investigación, en el momento en que lo desee, solo con manifestar a la investigadora su decisión y esto no influirá ni en los tratamientos que está recibiendo ni en su relación con la Fundación SIMMON, ni tampoco implica el pago de alguna multa o sanción.
6. No recibirá pago económico o en especie por su participación en la investigación
7. Al firmar este documento estoy autorizando a la investigadora Edna Fabiola Galán González, para usar la información respondida en las encuestas con fines académicos.

Yo _____,
identificado con cédula de ciudadanía n° _____
he decidido participar libremente en la investigación y declaro que conozco los objetivos y la clase de riesgo que ésta tiene.

FECHA: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA DE LA INVESTIGADORA
EDNA FABIOLA GALÁN GONZÁLEZ

Anexo 8. Permiso y condiciones de uso del HPLP II



COLLEGE OF NURSING
Community-Based Health Department

985330 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-5330
402/559-6382
Fax: 402/559-6379

Dear Colleague:

Thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* became available in 1987 and has been used extensively since that time. Based on our own experience and feedback from multiple users, it was revised to more accurately reflect current literature and practice and to achieve balance among the subscales. The *Health-Promoting Lifestyle Profile II* continues to measure health-promoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 52-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations and stress management. It is appropriate for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), as well as for a variety of other purposes.

The development and psychometric evaluation of the English and Spanish language versions of the original instrument have been reported in:

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, *11*(1), 76-90.

Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, *39*(5), 268-273.

Copyright of all versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* is no longer available. You have permission to download and use the HPLPII for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited.

A copy of the instrument (English and Spanish versions), scoring instructions, an abstract of the psychometric findings, and a list of publications reporting research using all versions of the instrument are available for download.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "S. Walker".

Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN
Professor Emeritus

Anexo 9. Permiso de la autora uso del instrumento ASF-E



FIU FLORIDA
INTERNATIONAL
UNIVERSITY

Marie-Luise Friedemann
Professor Emerita

P.O. Box 1079, Panacea, FL 32346
Phone: 850 984-0133
E-mail: friedemm@fiu.edu

Abril 13 de 2015

Edna Fabiola Galán González
Enfermera-Universidad Pedagógica y Tecnológica
de Colombia
Estudiante de Doctorado en Ciencias de Salud y del Deporte,
Zaragoza, España

Estimada Sra. Edna Galán González:

Con gusto le doy la autorización para usar el instrumento Escala Efectividad de la Funcionalidad Familiar (ASF-E) en su investigación "Funcionamiento familiar y estilos de vida promotores de salud en las familias de pacientes con cáncer" conjunto con su tesis del Doctorado.

Espero que Vd. vaya a notificarme de los resultados de la investigación obtenidos con el instrumento. Gracias por su interés en mi trabajo.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink that reads "Marie-L. Friedemann".

Marie-Luise Friedemann

NICOLE WERTHEIM COLLEGE OF NURSING AND HEALTH SCIENCES
11200 S.W. 8th Street,
Miami, Florida 33191-2516
Telephone (305) 348-7719 • fax (305) 348-7765
www.fiu.edu
Equal Opportunity/Equal Access Employer and Institution

.
