

## Artículo de Investigación

# Funcionalidad familiar y estilos de vida saludable en pacientes con linfoma Hodgkin en Bogotá

## Family functionality and healthy lifestyles in patients with Hodgkin lymphoma, Bogota

### Funcionalidade familiar e estilos de vida saudável em pacientes com linfoma de Hodgkin, em Bogota

Edna Fabiola **Galán-González**,<sup>1</sup>  
Ana **Gascón-Catalán**,<sup>2</sup>  
Carmen **Muro-Baquero**<sup>2</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1901>

Recibido: 2016-07-23; aprobado: 2016-09-15

## RESUMEN

Se realizó una investigación cuantitativa descriptiva y transversal en un grupo de pacientes con linfoma Hodgkin para determinar la relación entre funcionalidad familiar y los estilos de vida saludable. Se usaron los instrumentos Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar y el Health Promoting Lifestyle Profile II, los dos en su versión en español. El informante familiar fue el paciente con diagnóstico de linfoma Hodgkin. Se encontró predominio de un nivel bajo de funcionalidad familiar y frecuencia de estilos de vida saludable A veces y Frecuentemente; se determinó que solo hubo correlación con significancia estadística entre la dimensión *Relaciones interpersonales*, perteneciente a los estilos de vida saludable, y la funcionalidad familiar. Se requiere profundizar en esta temática con otros grupos de pacientes para lograr un mejor conocimiento al respecto.

**Palabras clave:** familia, relaciones familiares, neoplasias, enfermedad crónica.

#### Citación del artículo impreso:

**Vancouver:** Galán-González EF, Gascón-Catalán A, Muro-Baquero C. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludable en pacientes con linfoma Hodgkin en Bogotá. Rev Colomb Enferm. 2016;13:44-56.

**APA:** Galán, E., Gascón, A. y Muro, C. (2016). Funcionalidad familiar y estilos de vida saludable en pacientes con linfoma Hodgkin en Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13, 44-56.

#### Citación del artículo en línea:

**Vancouver:** Galán-González EF, Gascón-Catalán A, Muro-Baquero C. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludable en pacientes con linfoma Hodgkin en Bogotá. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2016 [fecha de consulta]; 13. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1901>

**APA:** Galán, E., Gascón, A. y Muro, C. (2016). Funcionalidad familiar y estilos de vida saludable en pacientes con linfoma Hodgkin en Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13, 44-56. Recuperado de: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1901>

1. Enfermera, magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar. Docente Programa de Enfermería, Universidad de los Llanos. Villavicencio, Colombia. Correo electrónico: ednaganalan45@yahoo.es

2. Licenciada en Medicina, doctora en Medicina. Profesora titular, Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

## ABSTRACT

A descriptive and cross-quantitative investigation in a group of patients with Hodgkin lymphoma was conducted to determine the relationship between family functionality and healthy lifestyles. The instruments Evaluation Scale of Family Functionality in Spanish and the Health Promoting Lifestyle Profile II in its version of the Spanish language were used, the family informant was the patient diagnosed with Hodgkin lymphoma. Predominance of a low level of family functionality and frequent healthy lifestyles of "Sometimes" and "Often" was found; it was determined that there were only statistically significant correlation for the dimension of *interpersonal relationships*, pertaining to healthy lifestyles, with family functionality. It is required to deepen this subject, with other patient groups to achieve a better knowledge about it.

**Key words:** family; family relations; neoplasms; chronic disease.

## RESUMO

Uma pesquisa descritiva e cross-quantitativa em um grupo de pacientes com linfoma de Hodgkin foi realizado para determinar a relação entre o funcionamento familiar e estilos de vida saudáveis. Os instrumentos Escala de Avaliação da Família funcionalidade em espanhol e promoção da saúde Lifestyle Profile II, na sua versão em espanhol utilizado, o informante da família era o paciente diagnosticado com linfoma de Hodgkin. Predominância de uma baixa frequência de funcionamento familiar e estilos de vida saudáveis "às vezes" e "Muitas vezes" foi encontrado; determinou-se que havia apenas estatisticamente dimensão correlação significativa para as *relações interpessoais*, pertencentes a estilos de vida saudáveis, com o funcionamento familiar. É necessário aprofundar este assunto, com outros grupos de pacientes para alcançar um melhor conhecimento sobre o assunto.

**Palavras chave:** família; relações familiares; neoplasias; doença crônica.

## INTRODUCCIÓN

Elliot, un experto en el tema, define el *estilo de vida saludable* como "un patrón de comportamientos relacionados con la salud, que se llevan a cabo de un modo relativamente estable"; es decir, que se caracteriza por ser de naturaleza conductual y observable, se mantienen durante un tiempo y son combinaciones de conductas (1). Este concepto tiene en cuenta aquellos comportamientos que implican riesgo para la salud, pero también aquellos que la protegen (1).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (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" (2). En esta definición se vislumbra la relación entre los comportamientos individuales y las características del contexto, más las creencias y los conocimientos de una persona, que sin duda afectarán su estado de salud a lo largo de su vida.

Pender (3), en su modelo de promoción de la salud, expone que un individuo define las conductas

de salud bajo la presencia de factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales, y que estos a su vez están determinados por las conductas heredadas, la familia, la pareja, los cuidadores de salud, así como las emociones positivas o el afecto que crean el compromiso hacia un determinado comportamiento.

El primer vínculo social del ser humano es la familia; en medio de ella se generan las habilidades de socialización, se tienen modelos de ejemplo y se aprenden comportamientos que, sin duda, son susceptibles de ser mantenidos a lo largo de la vida; precisamente esa es una de las funciones de la familia, educar y transmitir cultura a sus integrantes (4); esos parámetros aprendidos también incluyen el cuidado de la salud y la transmisión de estilos de vida, sean saludables o no. Sin embargo, no siempre la familia cumple con todas sus funciones pues es una estructura cambiante a lo largo de la vida de una persona y es susceptible de pasar por situaciones estresantes, que no le permiten cumplir cabalmente con todas las metas que como grupo se han trazado (5). Según Espejel

(6), la *funcionalidad familiar* consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

La familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a otros o, por el contrario, ser disfuncional y no satisfacer las necesidades de los individuos, con lo cual también se afectan los comportamientos que determinan el estado de salud. Las principales consecuencias de las conductas de vida no saludables son las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales están la hipertensión, la diabetes, la obesidad, la mayoría de las formas de cáncer, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se ha documentado que quienes más las desarrollan son las personas menos favorecidas social y económicamente, con lo cual se prolonga la pobreza de las regiones afectadas (7). Además, los costos de la atención de estas enfermedades generan cargas excesivas sobre los sistemas de salud y las familias de quienes las padecen, toda vez que patologías como la obesidad se están presentando con mayor frecuencia a edades tempranas.

La OMS (8) señala que de los 57 millones de muertes que se dieron en el mundo en el 2008, 36 millones (es decir, el 63%) se debieron a enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares (48%), el cáncer (21%), las enfermedades respiratorias crónicas (12%) y la diabetes (3,5%). Además alerta que, de no intervenir, las cifras anuales de muertes a causa de estas patologías llegarán a los 55 millones en el año 2030.

En Colombia, el estudio de carga de la enfermedad realizado en el 2010 determinó que la mayoría de las muertes en el país se da por las enfermedades crónicas no transmisibles con un índice de 86% (9). La cardiopatía isquémica ocupó el primer lugar de las causas con una tasa de 79,7/100.000 habitantes afectando principalmente a las personas mayores de 60 años; luego están los eventos cerebrovas-

culares con una tasa de 33,3/100.000 habitantes que, en su mayoría, se encuentran entre los 45 y los 59 años. El tercer lugar fue para la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) con una tasa de 26,5/100.000 habitantes; enseguida están la hipertensión y la diabetes con tasas de 17,2/100.000 habitantes y 16,7/100.000 habitantes, respectivamente. El cáncer está en el décimo tercer lugar, con una participación importante del cáncer de mama y de cuello uterino.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (10), estudio que se realiza cada cinco años y cuya última versión disponible es de 2010, el 17,8% de los colombianos consume frutas de forma diaria, especialmente los niños, pues los adultos lo hacen en muy baja proporción; el 64,9% de las personas consume verduras cocidas, pero solo el 9,6% lo hace diariamente. En cuanto a la actividad física, la Encuesta reporta que caminar se considera más un medio de transporte que como una rutina de ejercicios, que los niños dedican en promedio 2,4 horas al día a la televisión o a jugar videojuegos en su tiempo libre y que este tiempo aumenta con la edad.

El linfoma Hodgkin es una neoplasia de las células Reed Sternberg que se caracteriza por el aumento de tamaño de uno o varios ganglios linfáticos, lo cual ocasiona reacción inmunológica. Si no se trata, ocurre una diseminación a otros ganglios cercanos, al hígado, el bazo y a la médula ósea, aunque en general puede darse en cualquier parte del cuerpo; por el contrario, cuando es tratada responde favorablemente y con buen pronóstico (11). Es una enfermedad que se presenta en personas menores de 15 años y hasta en los mayores de 70 años, siendo los adultos los más afectados. Su incidencia varía en todo el mundo; las tasas más altas se producen en Estados Unidos, Canadá, Suiza y en el norte de Europa. En Colombia, las estadísticas oficiales más recientes del Instituto Nacional de Cancerología (12) revelan que para el periodo entre 2007 y 2011 hubo 229 casos nuevos de linfoma Hodgkin en los hombres y 110 en las mujeres.

El cáncer es una enfermedad crónica y multicausal muy relacionada con los estilos de vida no saludable que, aunados a factores individuales inmodificables, pueden potenciar el desarrollo de

neoplasias como el linfoma Hodgkin. Es notorio que este tipo de cáncer tiene las mayores tasas de incidencia en países reconocidos por un favorable desarrollo económico y nivel alto de calidad de vida (11), lo cual resulta llamativo con respecto a otras enfermedades crónicas no transmisibles que se generan a partir de factores sociales y económicos que desfavorecen estilos de vida saludable. Lo anterior generó la inquietud de conocer más acerca de la influencia de la funcionalidad familiar sobre estas conductas; además, luego de realizar búsquedas en bases de datos como Science Direct, Web of Science y Medline, no se hallaron estudios publicados en pacientes con linfoma Hodgkin que exploraran esta relación.

La disciplina de enfermería desempeña un papel importante en la promoción de los estilos de vida saludable y en la prevención de la enfermedad, en la medida en que el profesional de enfermería lidera y brinda cuidado directo a la población en todas las etapas del ciclo vital, en el marco de la atención primaria en salud. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre la funcionalidad familiar y los estilos o conductas de vida saludable en un grupo de pacientes con linfoma Hodgkin en Bogotá, con el ánimo de aportar conocimiento necesario para cualificar el cuidado de enfermería que se ofrece a estos pacientes.

## METODOLOGÍA

En este estudio se utilizó metodología cuantitativa con corte transversal por cuanto se recolectó la información una sola vez para cada grupo familiar. El enfoque fue descriptivo ya que el propósito fue “observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural”, sin ningún tipo de manipulación de la situación (13, 14). La población del estudio correspondió a los 109 pacientes diagnosticados con linfoma Hodgkin vinculados a una fundación sin ánimo de lucro. La muestra la conforman 16 pacientes con diagnóstico de linfoma Hodgkin que participaron de una actividad educativa el día de la recolección de la información, voluntariamente quisieron responder los cuestionarios y cumplieron con los criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, estar vinculados a la fundación sin ánimo de lucro que les ofrece

asesoría y acompañamiento, y dar su consentimiento informado por escrito. Como criterios de exclusión se consideraron el residir fuera del perímetro urbano de Bogotá y tener alguna incapacidad para responder a las preguntas.

## Variables e instrumentos

Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil y recepción de apoyo por parte de la familia, que se recogieron mediante un cuestionario escrito. La funcionalidad familiar y los estilos de vida de saludable se evaluaron mediante el uso de dos cuestionarios desarrollados por enfermeras expertas en los dos temas centrales de esta investigación, que han sido traducidos y validados en el idioma español mediante estudios.

El primer instrumento es la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar en Español (ASF-E), elaborado por Marie Luise Friedemann con base en la teoría que ella misma desarrolló y denominó la teoría de organización sistémica (15). Este es un cuestionario de veinte preguntas con posibilidad de elegir una respuesta entre tres opciones, en donde 1 punto es el nivel más bajo de funcionalidad de la familia y 3 puntos el más alto, de tal forma que la máxima calificación es 60 puntos y 20 la mínima; el nivel bajo de funcionalidad familiar se puntúa entre 20 y 50 puntos, el nivel intermedio entre 51 y 55 puntos y el nivel alto entre los 56 y los 60 puntos (15). Estas 20 preguntas evalúan las dimensiones (*Coherencia, Individuación, Cambio del sistema y Mantenimiento del sistema*) y las metas (*Espiritualidad, Estabilidad, Crecimiento y Control*) del sistema familiar (16). La confiabilidad del instrumento original en inglés arrojó un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,60 y 0,84, mientras que, en Colombia, el instrumento traducido al español ha tenido una confiabilidad entre 0,691 y 0,742 (17).

La dimensión *Coherencia* se desarrolla desde las primeras etapas de la vida bajo la influencia de los padres; se manifiesta en el apoyo y la aceptación; se refleja en el sentimiento de paz y seguridad interior. La *individuación* se relaciona con el ajuste del ser humano a su ritmo individual de vida, la potenciación de sus talentos e ideas, el nuevo conocimiento intelectual, la mayor comprensión de las situaciones

y los fenómenos intelectuales que le permiten crecer (18). El *cambio del sistema* ocurre cuando se experimenta presión interna o del medio ambiente en el presente, lo que obliga a los individuos a reevaluar sus valores y a establecer nuevas prioridades mediante actos controlados. El *mantenimiento del sistema* apunta a todas aquellas acciones que protegen el sistema familiar de las amenazas por los cambios; comprende acciones que suplen las necesidades de tipo físico, emocional y social, el manejo del tiempo, la tradición y la flexibilidad, regulando los cambios (18).

En cuanto a las metas del sistema familiar, la *espiritualidad* señala una búsqueda que implica el uso del intelecto y las emociones para sentirse conectado con el universo y es una forma de comprender la vida e interpretar las experiencias personales; con ella se trasciende más allá del razonamiento lógico (18). La *estabilidad* evita la ansiedad que puede sentirse frente a un deterioro del sistema, tanto por estancamiento como por los cambios, e implica el establecimiento de reglas. Para la meta de *crecimiento* se requiere la reorganización de los valores y las creencias básicas de una persona (18). A través del *control*, el sistema se mantiene inalterado o se regula el conocimiento y la información para producir los cambios deseados; se evidencia mediante los roles que mantienen la estructura familiar, la planeación del futuro y la aceptación o el rechazo de los estímulos del medio ambiente.

El segundo instrumento es el Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II), elaborado por Nola Pender y su equipo de colaboradores a partir del modelo de los estilos de vida saludable (19). Está conformado por 52 ítems agrupados en seis dimensiones: *Crecimiento espiritual*, *Relaciones interpersonales*, *Nutrición*, *Actividad física*, *Responsabilidad en salud* y *Manejo del estrés*. Las respuestas se califican entre 1 y 4 en donde Nunca (N) equivale a 1, A veces (A) se puntúa con 2, Frecuentemente (M) equivale a 3 y Rutinariamente (R) corresponde a 4. El coeficiente alfa de consistencia interna para la escala total fue de 0,943; los coeficientes alfa para las dimensiones oscilaron entre 0,793 y 0,872. El análisis de la puntuación del estilo de vida saludable se obtiene calculando el promedio de las respuestas a los 52 ítems y a cada dimensión.

La dimensión *crecimiento espiritual* favorece el desarrollo de los recursos internos en la búsqueda de la paz interior, la conexión, la armonía y la plenitud con el medio; esta dimensión promueve la búsqueda de un sentido de propósito de vida. Las *relaciones interpersonales* se traducen en el desarrollo de la comunicación para interactuar de manera más cercana con las demás personas y son indispensables pues permiten expresar los sentimientos y los pensamientos (19). La *nutrición* se refiere a la selección de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar, para llevar una dieta diaria saludable. La *actividad física* implica la realización de actividad ligera, moderada o vigorosa, dentro de un programa de ejercicios o como parte de las actividades cotidianas. La *responsabilidad en salud* se relaciona con la atención que se le da a la propia salud y las actividades que se llevan a cabo para el bienestar (19). El *manejo del estrés* comprende la identificación y el uso de recursos psicológicos y físicos que ayuden a disminuir la tensión (19).

Se tuvieron en cuenta los principios de la declaración de Helsinki (20) y del informe de Belmont (21), así como lo expuesto en la Resolución 8430 de 1993 (22) de la legislación colombiana, según la cual esta investigación se considera sin riesgo para los participantes. Cada uno firmó el respectivo consentimiento informado y se respetó el derecho de no participar cuando así lo estimaron los pacientes. Se obtuvo el permiso escrito de la fundación sin ánimo de lucro. La información de los cuestionarios fue procesada por las investigadoras y se preservó la identidad de los participantes al no publicar sus nombres en ninguna fuente. Se obtuvieron los permisos de las autoras de los instrumentos para usarlos.

Para el análisis de la información se caracterizaron las variables usando estadística descriptiva a partir de medidas de tendencia central y de dispersión como la media, la mediana, la desviación típica, valores máximos y mínimos y la distribución de frecuencias en valores absolutos y relativos. Además, se realizó un análisis de correlación y se usó un modelo de regresión multinivel de efectos fijos para verificar la asociación del puntaje de

funcionalidad familiar y los diferentes puntajes de los estilos de vida saludable mediante el software estadístico Stata.

## RESULTADOS

Los informantes fueron 16 pacientes, con edades entre los 32 y los 68 años; de estos 7 (43,8%) eran hombres y 9 (56,3%) mujeres; el 62,5% tenían como estado civil casados o convivencia en unión libre y los restantes se distribuyeron en separados (18,8%), viudos (12,5%) y solteros (6,2%). En cuanto al nivel educativo, predominan quienes han alcanzado el nivel de educación secundaria (48%), aunque también hay quienes estudiaron solo la primaria (24%) y otros una carrera universitaria (28%). Los 16 pacientes manifestaron recibir apoyo económico y cuidado de su salud general por parte de sus familiares más cercanos.

### Evaluación de la funcionalidad familiar con la ASF-E

En general, el nivel de funcionalidad familiar de los 16 participantes se encuentra predominantemente en el nivel bajo (68,8%), es decir que obtuvieron entre 36 y 50 puntos, con un promedio general de 46,4 puntos (véase Tabla 1). La mayor parte de estas familias tienen un nivel de funcionalidad familiar que no responde adecuadamente a las demandas de cada uno de los integrantes y a las impuestas por el medio, lo cual genera insatisfacción entre algunos de ellos con respecto a su grupo familiar (18).

Nivel de funcionalidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Puntaje obtenido min.-máx.
Nivel bajo	11	68,8%	36-50
Nivel intermedio	3	18,6%	51-54
Nivel alto	2	12,5%	56-58

Tabla 1. Puntajes de acuerdo con la Escala de Funcionalidad Familiar en Español (ASF-E) de los pacientes con linfoma Hodgkin. Bogotá, 2015 (n = 16)

A continuación, se presentan los resultados obtenidos con respecto a las dimensiones de la funcionalidad familiar.

### Coherencia

El 18,8% (n=3) de los pacientes entrevistados puntuó en el nivel bajo (6-8 puntos), el 56,3% (n=9) se ubicó en el nivel intermedio (10-12 puntos) y el 25% (n=4) en el nivel alto (13-15 puntos). Lo anterior muestra un predominio del nivel intermedio para estos pacientes, lo cual indica que tienen dificultades en la unidad de los integrantes familiares; es decir, existen debilidades en el interior de estas familias en la aceptación y el reconocimiento de las propias debilidades, habilidades y talentos que les permiten actuar libremente y que están ligadas con su autoestima, imagen corporal, identidad personal, autoconfianza y su identidad sexual.

### Individuación

En esta dimensión, el 62,5% (n=10) de los pacientes entrevistados percibió el nivel bajo (4-8 puntos), el 37,5% (n=6) el nivel intermedio (7-9 puntos) y no hubo puntuación para el nivel alto. De acuerdo con estas puntuaciones, hay debilidades para asumir esas actividades que permiten a una persona expandir su horizonte y darle un propósito a su vida. Estas familias evidencian dificultades para compartir los gustos personales de los integrantes, escuchar opiniones inusuales, dar libertad para elegir las amistades o aceptar los elementos simbólicos y las expresiones individuales. Igualmente existen inconvenientes en la participación en actividades sociales y comunitarias, el aprovisionamiento de medios para el aprendizaje y la asistencia a actividades culturales, entre otras.

### Cambio del sistema

No hubo puntuación para el nivel bajo en este grupo de pacientes, mientras que en el nivel intermedio (13-20 puntos) se situó el 68,8% (n=11) y en el nivel alto (18-21) el 31,3% (n=5). La mayor puntuación de las familias de los participantes estuvo en el nivel intermedio. Las actividades del cambio que pueden ser las responsables de esta puntuación son: favorecer la privacidad de los integrantes de la familia, cambiar los horarios de trabajo o de estudio para atender

situaciones familiares, aceptar ayuda externa para suplir necesidades, tomar la decisión de alquilar una habitación dentro de la casa para solventar una necesidad económica o usar los ahorros familiares para la educación actual de los hijos.

### **Mantenimiento del sistema**

No hubo puntuación en el nivel bajo en esta dimensión; el 37,5% (n=6) percibió su funcionalidad familiar de esta dimensión en el nivel intermedio (13-15 puntos) y el 62,5% (n=10) en el nivel alto (17-21 puntos). Dado que la mayor parte de estos pacientes considera que su nivel de mantenimiento es alto y no hubo puntuación para el nivel bajo, se puede inferir que estas familias tienen pocas dificultades en acciones como el dormir, realizar ejercicio, alimentarse, trabajar, descansar o hacer actividades recreativas.

Las metas del sistema familiar obtuvieron las frecuencias que se presentan a continuación.

### **Espiritualidad**

El 12,5% (n=2) de estos pacientes tiene un nivel bajo (11 puntos), el 56,3% (n=9) un nivel intermedio (14-19 puntos) y el 31,3% (n=5) un nivel alto (21-23 puntos). La mayor parte (68,8%) de las familias de los participantes se ubicaron en el nivel bajo e intermedio de esta meta, lo cual se traduce en dificultades con la sensación de pertenencia, aceptación, respeto, sabiduría y paz interior. También hay inconvenientes con los valores que involucran el compromiso, el amor y el afecto; en ocasiones, les falta el ánimo para crecer con experiencias externas a la familia, reducir su miedo a estar solos, y sentir el consuelo y ayuda en los tiempos difíciles.

### **Estabilidad**

No se obtuvo puntuación en el nivel bajo, mientras que para el nivel intermedio (23-28 puntos) se presentó un 43,8% (n=7) y un 56,3% (n=9) en el nivel alto (28-36 puntos). La mayor parte de las familias están en el nivel alto, lo cual indica que no tienen dificultades en la flexibilidad al cambio ni en la disposición para desafiar las opiniones y las propias posturas, que se facilita el desarrollo de una identidad, el carácter o la personalidad, una imagen corporal y la autoestima.

### **Crecimiento**

Ninguna familia de los entrevistados se ubicó en el nivel bajo; en el nivel intermedio (14-18 puntos) la frecuencia de puntuación fue del 62,5% (n=10) y en el nivel alto (20-24 puntos) de 37,5% (n=6). Estas familias, que en su mayoría se ubicaron en el nivel intermedio, no siempre responden de manera adecuada a las crisis que se generan cuando las funciones y estructura del sistema tradicional ya no son adecuadas o en ocasiones se resisten o les causa dolor el proceso de crecimiento.

### **Control**

En esta meta no hubo puntuación para el nivel bajo; la distribución fue del 50% tanto para el nivel intermedio como para el nivel alto. Se puede decir que la mitad de las familias de los entrevistados tienen debilidades en los roles para mantener la estructura familiar, lo cual influye en la confianza individual, la planeación del futuro, la toma de decisiones, la aceptación o rechazo de los estímulos del medio ambiente, y en la capacidad de vencer la vulnerabilidad, la incertidumbre y el aislamiento.

### **Evaluación de estilos de vida saludable con el HPLP II**

Los estilos de vida saludable de los participantes tuvieron un promedio general de  $2,58 \pm (0,273)$ , lo cual clasifica la frecuencia de los estilos de vida saludable entre A veces y Frecuentemente (véase Tabla 2). En puntaje bruto de las 52 preguntas de cada participante, el valor promedio fue de 134,2, el mínimo 118 y el máximo 157.

Estilo de vida saludable HPLP II			
Mínimo-Maximo general	Promedio general	Desviación estándar general	Mediana general (IQR)
2,27-3,12	2,58	0,273	2,54 (2,31-2,76)

Tabla 2. Puntaje general en el Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) de los pacientes con linfoma Hodgkin. Bogotá, 2015 (n=16)

Dimensión	Mínimo-máximo	Promedio	Desviación estándar	Mediana (IQR)
Crecimiento espiritual	2,44-3,66	2,98	0,349	2,84 (2,77-3,28)
Relaciones interpersonales	2,11-3,22	2,70	0,405	2,77 (2,33-3,05)
Nutrición	1,78-3,0	2,56	0,428	2,61 (2,33-3,00)
Actividad física	1,12-3,25	2,27	0,612	2,37 (1,87-2,75)
Responsabilidad en salud	2,0-3,22	2,50	0,418	2,28 (2,16-2,88)
Manejo del estrés	1,87-3,37	2,42	0,373	2,5 (2,12-2,56)

Tabla 3. Puntajes por dimensión en el Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) de los pacientes con linfoma Hodgkin. Bogotá, 2015 (n=16)

Con respecto a las seis dimensiones de los estilos de vida saludable, *Crecimiento espiritual* obtuvo el mayor promedio entre los participantes (2,98). Le siguieron *Relaciones interpersonales* (2,70), *Manejo del estrés* (2,42) y *Actividad física* (2,27) (véase Tabla 3).

### Estimación del modelo de regresión multinivel de efectos fijos

La dimensión *Nutrición*, perteneciente a los estilos de vida saludable (del HPLP II), obtuvo un valor negativo en la puntuación global de funcionalidad familiar (ASF-E) y aunque el valor p no es significativo para establecer correlación ( $p = 0,06$ ), está muy cerca de serlo. Se encontró correlación moderada entre el puntaje global de funcionalidad familiar y la dimensión *Relaciones interpersonales* de estilos de vida saludable y hay significancia estadística (valor  $p < 0,05$ ). No existe correlación con el resto de las dimensiones de estilos de vida saludable y la funcionalidad familiar (véase Tabla 4).

El modelo de regresión multinivel de efectos fijos usado para el análisis estimó que la puntuación de la escala ASF-E tiene relación estadísticamente significativa (valor  $p < 0,05$ ) con la dimensión *Relaciones interpersonales*, es decir, que en la medida en la funcionalidad familiar tiene un buen

Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar en Español (ASF-E)	ASF-E	Valor p
	1,00	-
Responsabilidad en salud	0,23	0,39
Actividad física	0,36	0,17
Nutrición	-0,48	0,06
Crecimiento espiritual	0,09	0,75
Relaciones interpersonales	0,56	0,02
Manejo del estrés	-0,28	0,29

Tabla 4. Matriz de correlaciones Pearson entre la escala ASF-E y la escala HPLP II en pacientes con linfoma Hodgkin. Bogotá, 2015 (n=16)

nivel, las relaciones interpersonales también son favorables (véase Tabla 5).

## DISCUSIÓN

Este trabajo aporta información sobre la funcionalidad familiar y los estilos de vida saludable en una muestra de pacientes diagnosticados con linfoma Hodgkin. Existen pocos resultados publicados sobre estudios que analicen la funcionalidad familiar en pacientes con cáncer. La mayor parte han sido realizados en mujeres tratadas por cáncer de mama



ASF-E	Coficiente	Error estándar	Z	Prob >z	IC (95%)	
Crecimiento espiritual	1,75	10,89	0,16	0,87	-19,58	23,08
Relaciones interpersonales	15,54	7,22	2,15	0,03	1,40	29,68
Nutrición	1,38	5,51	0,25	0,80	-9,41	12,17
Actividad física	1,43	3,95	0,36	0,72	-6,31	9,16
Responsabilidad en salud	-3,63	8,45	-0,30	0,67	-20,20	12,93
Manejo del estrés	0,47	8,31	0,06	0,96	-15,81	16,75
Wald-chi2	575,6	-	-	-	-	-
Prob > chi 2	0,00	-	-	-	-	-

Tabla 5. Modelo de regresión multinivel de efectos fijos Escala ASF-E y estilos de vida saludable en pacientes con linfoma Hodgkin. Bogotá, 2015 (n=16)

(23, 24) en quienes, además de la funcionalidad familiar, se estudió el estrés psicológico, las estrategias de adaptación, la comunicación y la calidad de vida. También se han realizado estudios en niños con cáncer (25) analizando otras variables como los recursos familiares y las tensiones del cuidador (26). Ninguno evaluó además de la funcionalidad familiar, estilos de vida saludable; por tanto, el presente estudio aporta nueva información al conocimiento sobre estas dos temáticas en enfermos de cáncer.

La familia es tan importante durante el tratamiento de cualquiera de las formas de cáncer que investigadores como Kelly y Kelly (27) llegaron a la conclusión que cuidar a un paciente con cáncer es un “trabajo”. Para Ribeiro y colegas (28), el soporte familiar es una de las principales redes de apoyo que permite a los pacientes con cáncer luchar contra la enfermedad durante todas las etapas de tratamiento, pues la familia se reorganiza para ayudar y cuidar al enfermo, ofrece compañía, escucha y da afecto. Además, la familia desempeña diferentes papeles como proveer el soporte emocional, compartir responsabilidades, tomar decisiones y establecer comunicación con el equipo de salud, como lo expresan Tavares y Trad (29).

Los resultados de la presente investigación muestran que la mayor parte de estas familias tienen un nivel de funcionalidad familiar bajo y estilos de vida saludable en A veces y Frecuentemente, lo cual difiere con los resultados de un estudio realizado por profesionales chinos en un grupo de pacientes con accidente cerebrovascular (30) en el que usaron el Family Assessment Device (FAD) para la funcionalidad familiar y encontraron un nivel moderado de funcionamiento familiar. El presente estudio también difiere con los hallazgos de una investigación en pacientes chilenas vinculadas a un programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino (31) con quienes se usó el instrumento “Cómo es su familia” y se encontró la funcionalidad familiar en un nivel favorable. Lo anterior puede estar determinado tanto por el tipo de población como por cada uno de los instrumentos usados, sumado a las características del contexto.

En el presente estudio, utilizando el cuestionario ASF-E, las dimensiones más afectadas en la funcionalidad familiar fueron tanto *Individuación* como *Coherencia* y la meta *Espiritualidad*, mientras que al usar el Family Assessment Device-FAD (30) en el estudio chino, las dimensiones más afec-

tadas fueron la respuesta emocional, el control del comportamiento, la comunicación y la implicación emocional y al medir la funcionalidad familiar con “Cómo es su Familia” (31) se encontraron afectadas las dimensiones de *Crecimiento espiritual*, el *Manejo del estrés* y las *Relaciones interpersonales*.

Tanto en esta investigación como las realizadas en China y Chile (30, 31), los estilos de vida saludable se midieron con el Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP II). Para los pacientes con linfoma Hodgkin, el puntaje promedio clasificó estilos de vida saludable en el puntaje A veces y Frecuentemente, lo cual coincide con los resultados del estudio en pacientes chinos con diagnóstico de accidente cerebrovascular (30). En la investigación con usuarias del programa de cáncer de cuello uterino en Chile (31), las puntuaciones ubicaron el promedio en los puntajes Nunca y A veces. Esta diferencia puede deberse a características contextuales como el nivel educativo: para el caso de los pacientes chinos (30) y los colombianos, incluye el título universitario, mientras que en las pacientes chilenas (31) el máximo nivel de estudios alcanzado fue el de bachiller o secundaria completa e incompleta.

Según los resultados de esta investigación, las dimensiones más saludables fueron *Crecimiento espiritual* y *Relaciones interpersonales* probablemente porque los pacientes con cáncer se aferran a la vida mediante la conexión con un ser superior que les permita encontrar alivio y una esperanza de vida con el tratamiento o una muerte tranquila en el caso en el que este no proceda. La persona con cáncer y su familia logran una mejor comprensión de su enfermedad y suplencia de necesidades de apoyo gracias a las relaciones interpersonales.

Aunque puede resultar contradictorio que en el presente estudio con el instrumento de funcionalidad familiar (ASF-E) se haya puntuado en nivel bajo la meta *Espiritualidad*, mientras que con el instrumento estilos de vida saludable (HPLP II) la dimensión *Crecimiento espiritual* haya sido puntuada como saludable, es probable que en el primer instrumento los respondientes hayan contestado por su familia en general y en el segundo instrumento como individuo. Sin embargo, cabe aclarar que la mayor proporción

de la puntuación para la meta *Espiritualidad* en la funcionalidad familiar está en el nivel intermedio (56,3%), pero fue la única meta que tuvo puntuación en el nivel bajo (12,5%).

Las dimensiones menos saludables fueron *Actividad física* y *Manejo del estrés*. Las personas con cáncer y sus familias reducen sus niveles de actividad física debido a los efectos del tratamiento. Es normal que se presente agotamiento físico durante y después de las sesiones de quimioterapia y radioterapia. El nivel de estrés aumenta pues se reciben noticias difíciles de asimilar y se alimenta una expectativa por lograr la recuperación de la salud. Igualmente, la reorganización familiar en torno del cuidado del paciente genera modificación de los tiempos y roles para atender las necesidades particulares.

En el estudio chino con pacientes de accidente cerebrovascular (30), las dimensiones más saludables fueron *Nutrición*, *Relaciones interpersonales* y *Manejo del estrés*, mientras la menos saludable fue la *Actividad física*. En el estudio chileno (31), las conductas más saludables fueron *Crecimiento espiritual*, *Relaciones interpersonales* y *Responsabilidad en salud* y la menos saludable *Actividad física*. Lo anterior deja al descubierto evidentemente que en diferentes contextos y pacientes la dimensión menos saludable es *Actividad física*; por tanto, resulta necesario plantear mecanismos para asegurar un cambio favorable en esta dimensión. Las mujeres chilenas (31) beneficiarias de un programa de detección temprana no tienen limitación en su actividad física pues no han sido diagnosticadas con cáncer de cuello uterino como tal. La inactividad física es necesaria, aunque no suficiente, para desarrollar sobrepeso y obesidad (32).

Al correlacionar la funcionalidad familiar (ASF-E) con cada una de las dimensiones de los estilos de vida saludable en el presente estudio, se encontró significancia estadística con la dimensión *Relaciones interpersonales*. En el estudio con usuarias del programa de prevención del cáncer de cuello uterino (31), hubo niveles de correlación significativa débil entre el Afrontamiento de los problemas de la funcionalidad familiar y las dimensiones

estilos de vida saludable *Crecimiento espiritual, Manejo del estrés, Relaciones interpersonales, Nutrición y Responsabilidad en salud*, ante lo que sus autores consideran que no existe cumplimiento cabal de los supuestos de Nola Pender (3), pues esperaban hallar correlaciones fuertes.

Esos resultados de mujeres chilenas (31) contrastan con los resultados del estudio de pacientes chinos con accidente cerebrovascular (30) en el que todas las dimensiones del HPLP II se correlacionaron negativamente con el puntaje del FAD; puntuar bajo en el FAD equivale a una buena funcionalidad familiar, mientras que obtener un promedio más alto en el HPLP II se traduce en mejores estilos de vida saludable. Estos últimos hallazgos resultan coherentes con los planteamientos de Pender y con las funciones familiares de educación y transmisión de conocimientos.

Dadas las situaciones analizadas líneas atrás, se hace indispensable seguir estudiando esta relación entre la funcionalidad familiar y los estilos de vida saludable, pero usando el mismo instrumento de valoración de la funcionalidad familiar en varias poblaciones. Dado que al relacionar la funcionalidad familiar con la dimensión *Nutrición* se obtuvo un valor próximo a la significancia ( $p = 0,06$ ), es probable que en una muestra de mayor tamaño se obtengan resultados más concluyentes.

## CONCLUSIONES

El bajo nivel de funcionalidad familiar en las familias de los participantes fue el predominante (68,8%), con lo cual se concluye que, en la mayoría de estas familias, algunos de sus integrantes no encuentran satisfacción con respecto al apoyo que reciben, principalmente en las dimensiones *Individuación y Coherencia* y en la meta *Espiritualidad*.

El promedio de la frecuencia para los estilos de vida saludables se ubicó entre A veces y Frecuentemente, obteniéndose los promedios más altos en las dimensiones *Crecimiento espiritual y Relaciones interpersonales* y los más bajos en las dimensiones *Actividad física y Manejo del estrés*. En general hay un moderado nivel de estilos de vida saludable en las familias del grupo de participantes.

Al correlacionar la funcionalidad familiar (ASF-E) con cada una de las dimensiones de estilos de vida saludable, en el presente estudio solo se encontró significancia estadística con la dimensión *Relaciones interpersonales*. Por esto, la relación entre la funcionalidad familiar y estilos de vida saludable en esta investigación no es suficiente para determinar los postulados de la salud familiar y los postulados de Pender planteados en los referentes teóricos, que apuntan a estimar como significativo el valor de la familia y las personas en la generación de estilos de vida saludable, por tanto, se hace necesario profundizar en el estudio de esta relación que aún deja interrogantes.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras del presente manuscrito declaran la inexistencia de conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. World Health Organization-WHO. Life-styles and health. Social Science and Medicine [Internet]. 1986 [consultado 14 abril de 2015];22:117-24. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953686900602>
3. Pender N. El modelo de promoción de la salud. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
4. De la Revilla L. Qué es la familia. En: De la Revilla, L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.
5. Christine S. Family psychiatric nursing. Chicago: Mosby Year Book; 1993.
6. Espejel E. Estudios de familia en relación con la esquizofrenia. México: Instituto de la Familia; 1997.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014 [consultado 24 de

- marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
8. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013 [consultado 3 de marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1)
  9. Peñaloza R, Salamanca N, Rodríguez J, Rodríguez J, Beltrán A. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana; 2014.
  10. Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010-ENSIN [Internet]. Bogotá: Profamilia, 2010 [consultado 2 de abril de 2015]. Disponible en: [www.profamilia.com](http://www.profamilia.com)
  11. Connors J. Hodgkin's lymphoma. En: Goldman L, Schafer A. *Golman's Cecil Medicine*. 24ª ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
  12. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Bogotá. D.C: Instituto Nacional de Cancerología; 2015.
  13. 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.
  14. Burns N, Grove S, Gray J. *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 5a ed. Barcelona: Elsevier, 2012.
  15. Friedemann M. An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. *Western Journal of Nursing Research*. 1991;13(2). Documento de trabajo Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
  16. Grupo de Investigación en Funcionalidad Familiar. Criterios de interpretación escala ASF-E. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería; 2006. Documento de trabajo.
  17. Leal R, Reyes P. Determinación de la confiabilidad del instrumento de efectividad familiar. *Rev Av Enferm* [Internet]. 2011 [consultado 13 abril 2015];21(1):109-19. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35864/37068>
  18. Friedemann M. The framework of systemic Organization. En: *The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
  19. Pender N. El modelo de promoción de la salud. En: Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 5a ed. Madrid: Elsevier; 2003.
  20. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki-AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Francia: World Medical Association; 2015 [consultado 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>
  21. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. 2010 [consultado 18 de abril de 2015]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf)
  22. Ministerio de Salud Colombia. Resolución Número 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. 2000 [consultado 18 de abril de 2015]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf)
  23. Domaison S, Sordes-Ader F, Auclair C, Gironde M, Bézy O, Rogé B. Étude longitudinale du fonctionnement familial, de la détresse psychologique et des stratégies d'adaptation chez des patientes traitées pour un cancer du sein et leurs conjoints, lorsque des enfants jeunes vivent au sein de la famille: résultats de la première évaluation. *Psycho-Oncol* [Internet]. 2012 [consultado 22 de marzo de 2015];6:163-8. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11839-012-0382-2#page-1>
  24. Jung-won Lim, Kimlin T. Ashing-Giwa. Is family functioning and communication associated with health-related quality of life for Chinese- and Korean-American breast cancer survivors? *Qual Life Res* [Internet]. 2013 [consultado 21 de marzo de 2015];22:1319-29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578976/pdf/nihms-399661.pdf>
  25. Panganiban-Corales A, Medina M. Family resources study: part 1 family resources, family function and

- caregiver strain in childhood cancer. *Asia Pacific Family Medicine* [Internet]. 2011 [consultado 3 de marzo de 2016];10:14 Disponible en: <https://apfmj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1447-056X-10-14>
26. Marsac M, Alderfer M. Psychometric properties of the Faces-IV in a pediatric oncology population. *Journal of Pediatric Psychology* [Internet]. 2010 [consultado 5 de marzo de 2016];36(5):558-538. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131703/>
27. Kelly P, Kelly D. Childhood cancer-parenting work for British Bangladeshi families during treatment: an ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2013 [consultado 16 de abril de 2016];50:933-44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23218019>
28. Ribeiro M, Bernardi J, Marques A, Carvalho M, Silva S. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. *Cien Cuid Saude* [Internet]. 2012 [consultado 16 de abril de 2016];11(1):66-73. Disponible en: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18860>
29. Tavares JSC, Trad LAB. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas *Cienc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [consultado 16 de abril de 2016];15(1Supl):1349-58. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1413-81232010000700044](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1413-81232010000700044)
30. Si-Si J, Li-Ping S, Heng-Fang R, Ling L, Ling-Ling G, Li-Hong W. Family function and health behaviors of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences* [Internet]. 2014 [consultado 18 de abril de 2015];1:272-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235201321400074X>
31. Gutiérrez F. Estilos promotores de salud y funcionamiento familiar. Comuna de Hualpén, Región del Bío Bío, Chile. *Cuad Méd Soc* [Internet]. 2013 [consultado 18 de abril de 2015];2(1):33-41. Disponible en: [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C1%5C53\\_1\\_4.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C1%5C53_1_4.pdf)
32. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Geneva: WHO, 2011 [consultado 5 de enero de 2015] Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/es/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/)