



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca**

**Yenny Marcela Barreto Zorza**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2014



# **Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca**

Tesis presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:  
**Magíster en Salud Pública**

Director:  
Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez  
Profesora asociada Facultad de Enfermería  
Magister en Enfermería y en Educación de Adultos

Línea de Investigación:  
Salud Pública y mediación cultural en salud  
Grupo de investigación:  
Cuidado Cultural de la Salud

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2014



## Dedicatoria

*A Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.*

*A mis padres quienes me han orientado por el camino y han estado siempre a mi lado brindándome su apoyo incondicional.*

*A mi novio, hermana y a todas las personas que me acompañaron en esta experiencia.*

*A las familias de Guapi-Cauca, cuyas experiencias compartidas y saberes transmitidos fueron la base de este estudio, siendo sus voces, cultura y costumbres la sabiduría y fortaleza en medio de la adversidad.*

*“La preocupación por el hombre y su destino siempre debe ser el interés primordial de todo esfuerzo. Nunca olvides esto entre tus diagramas y ecuaciones”.*

*Albert Einstein*



## Agradecimientos

La autora expresa sus agradecimientos a todas las personas e instituciones sin cuyo aporte no hubiese sido posible esta investigación:

A mi asesora, Vilma Florisa Velásquez por su sabiduría y apoyo durante el desarrollo de este proceso investigativo.

A la doctora Marie-Luise Friedeman por su apoyo y permitirme usar su instrumento

A las líderes del municipio de Guapi, por sus aportes de tiempo y disposición para la aplicación del la propuesta de un programa.

A las instituciones del municipio de Guapi-Cauca, y la fundación FUNDAMOR por su colaboración y servicio.

Al grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, quien permitió los espacios de debate y asesoría que nutrieron este trabajo.

A la Alcaldía Municipal de Guapi, quien permitió el desarrollo del trabajo de campo y apoyó la consecución de información vital para esta investigación.

A los docentes y administrativos de la Maestría de Salud Pública por su orientación y gestión durante esta etapa de aprendizaje.

A Colciencias, La propuesta de un programa Jóvenes Investigadores por sus aportes y colaboración para realizar esta investigación.

A la División de Investigación Sede Bogotá por su apoyo financiero a través de la convocatoria, La propuesta de un programa Nacional de Proyectos para el Fortalecimiento de la Investigación, la Creación y la Innovación en Posgrados de la Universidad Nacional de Colombia 2013-2015



## Resumen

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de la funcionalidad familiar de la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud (APS) para familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca. Materiales y método: Estudio cuasi experimental. Participaron 50 familias. El la propuesta de un programa de APS construido con la comunidad, consta de cuatro proyectos, con acciones de cuidado adaptadas al contexto cultural de las familias y orientadas a mejorar la funcionalidad familiar. La información fue recolectada usando la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E 20), procesada y analizada a través de métodos descriptivos y prueba de rango signado de Wilcoxon. Se consideraron aspectos éticos. Resultados: Las familias se caracterizan por ser pobres. El la propuesta de un programa de APS, mediante la prueba de rango asignado de Wilcoxon permitió confirmar efecto sobre la efectividad de la funcionalidad de las familias en la percepción de los niños escolares, (Valor-p de cero (0,0001)) y en la percepción de los adultos mayores (Valor-p de 0.004), mientras las mujeres no se observa un efecto estadísticamente significativo (Valor-p de 0.239). Conclusiones: El la propuesta de un programa de APS logró un efecto estadísticamente significativo sobre la funcionalidad familiar en los escolares y adultos mayores, considerados población dependiente, y no en las mujeres en su mayoría jefas del hogar. La estrategias de entornos saludables, con cuidados culturalmente congruentes, favoreció acciones de promoción de la salud a través de alianzas estratégicas, fue más favorable en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de la población escolar y adulta mayor.

**Palabras claves:** Atención Primaria de Salud, Familia, Participación Comunitaria, promoción de salud, Relaciones Profesional- Familia, cuidado del niño, Enfermería en Salud Comunitaria (DECS).

## Abstract

The objective of this study is to evaluate the effectiveness of the family functionality of proposal a program of Primary Health Care (PHC) extended to Afro-Colombian families of the Municipality of Guapi (Cauca).Materials and method: quasi-experimental study, 50 Families participated. The PHC program built with the community consists of four projects with actions of care adapted to the cultural context of the families and to improve the family functionality.

The information was collected using the Assessment of Strategies in Families-Effectiveness (ASF- E 20), processed and analyzed through descriptive methods and the Wilcoxon signed rank test. Ethical aspects were considered.

Results: Families are characterized as poor. The PHC program through the Wilcoxon signed rank test allowed estimating the effect (the impact range) of the PHC program on the effectiveness of family functioning as perceived by school children and older adults, while in female heads of household, a statistically significant effect was not observed.

Conclusions: The APS program achieved a statistically significant effect on family functioning in school children and seniors, both considered dependent populations, but not on women heads of households. The strategies for healthy environments and culturally congruent care, favored actions promoting health through strategic alliances, promoting opportunities for individual and collective development of the school population and older adults.

**Keywords:** Primary Health Care, Family, Community Participation, health promotion, Professional-Family Relations, child care, Community Health Nursing ( DECS).

# Contenido

	Pág.
<b>Capítulo 1: Marco Referencial .....</b>	<b>5</b>
1.1 Antecedentes .....	5
1.2 Planteamiento del problema .....	8
1.3 Justificación.....	11
1.4 Propósito general .....	20
1.5 Objetivos .....	20
1.5.1 Objetivo general .....	20
1.5.2 Objetivos específicos.....	20
1.6 Definición de conceptos .....	21
1.6.1 Atención Primaria en Salud (APS) .....	21
1.6.2 Propuesta de Programa de Atención Primaria en Salud: Centro Desarrollo Humano Comunitario .....	21
1.6.3 Entornos saludables .....	22
1.6.4 Familia.....	22
1.6.5 Afrocolombianos.....	22
1.6.6 Familias extensas afrocolombianas .....	22
1.6.7 Adulto mayor independiente afrocolombiano guapireño .....	23
1.6.8 Mujer afrocolombiana guapireña.....	23
1.6.9 Niño afrocolombiano guapireño .....	23
1.6.10 Competencia Cultural .....	23
1.6.11 Desarrollo humano .....	23
1.6.12 Participación Comunitaria .....	24
1.6.13 Efecto de la propuesta.....	24
<b>Capítulo 2: Marco Teórico.....</b>	<b>25</b>
2.1 Atención Primaria en Salud y entornos saludables.....	25
2.2 Programas de Atención Primaria en Salud en Familia.....	35
2.3 Teoría de la Organización Sistémica de Friedemann .....	38
2.3.1 Dimensiones del Sistema .....	41
2.3.2 Metas del Sistema Familiar.....	43
2.4 Efectividad de la funcionalidad familiar en familias colombianas .....	45
2.4.1 Efectividad de la funcionalidad familiar .....	45
2.5 Familias afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca.....	49
<b>Capítulo 3: Marco de Diseño .....</b>	<b>57</b>
3.1 Tipo de estudio.....	57
3.2 Hipótesis del proyecto .....	59
3.3 Definición y operacionalización de las variables del estudio.....	60

XII Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca

---

3.3.1	Variable Independiente .....	60
3.3.2	Variable dependiente .....	61
3.3.3	Covariables relacionadas con las familias extensas afrocolombianas .....	61
3.4	Población sujeto del estudio .....	62
3.5	Muestra.....	63
3.6	Criterios de Inclusión .....	64
3.7	Criterios de Exclusión .....	64
3.8	Intervención .....	64
3.8.1	Capacitación de dos líderes en salud sobre Competencia Cultural .....	64
3.8.2	Desarrollo de la Investigación Acción Investigación .....	64
3.8.3	Capacitación de dos líderes en la ejecución de la propuesta del programa CDHC y diligenciamiento de instrumentos ASF-E 20 .....	65
3.8.4	Realización de Censo de familias extensas guapienses .....	66
3.8.5	Aplicación de Prueba Piloto.....	66
3.8.6	Gestión de Servicios Sociales y de Salud .....	67
3.8.7	Aplicación de la propuesta del programa CDHC .....	67
3.9	Instrumentos utilizados en el estudio .....	67
	Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E 20).....	68
3.10	Procesamiento de datos .....	70
3.10.1	Fase 1 .....	70
3.10.2	Fase 2.....	71
3.11	Otros instrumentos.....	74
3.12	Consideraciones éticas.....	74
3.12.1	Principios éticos con quienes participan en la investigación .....	78
3.12.2	Riesgos del estudio .....	78
3.13	Limitaciones del estudio.....	79
<b>Capítulo 4: Presentación y Discusión de Resultados .....</b>	<b>81</b>	
4.1	Características sociodemográficas de las familias .....	81
4.1.1	Características de los niños en edad escolar participantes en el proyecto: Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud de los niños escolares.....	84
4.1.2	Características de las mujeres participantes en el proyecto: Con fuerza y alegría echamos pa'lante en familia la salud de las mujeres en la casa de la cultura y el trabajo	84
4.1.3	Características de los adultos mayores independientes participantes en el proyecto: Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud del adulto mayor independiente en el ancianato, calle y parque .....	86
4.2	Modelo de la propuesta del programa de APS: Centro Desarrollo Humano Comunitario.....	87
4.2.1	Fase 1. Construcción de la propuesta de un programa .....	88
4.2.2	Efectos Participación comunitaria-Investigación Acción Participación .....	90
4.3	FASE 2 .....	96
4.3.1	Efecto de la propuesta de programa en la efectividad de la funcionalidad familiar de las familias extensas en Guapi Cauca .....	96
	Efecto de la propuesta de un programa de APS en la funcionalidad familiar desde los niños escolares .....	100
4.3.1.2	Efecto de la propuesta de un programa de APS en la funcionalidad familiar desde los niños escolares.....	102
4.3.2	EFFECTOS CON SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD.....	156

---

<b>5. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>161</b>
5.1 Conclusiones.....	161
5.2 Recomendaciones.....	169
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>247</b>

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Definición conceptual de la variable independiente .....	60
Tabla 2. Definición conceptual y escalas de clasificación de las variables dependientes	61
Tabla 3. Definición conceptual y escalas de clasificación de las covariables relacionadas con las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca .....	62
Tabla 4. Dimensiones e ítems del instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) y puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto.....	69
Tabla 5. Metas e ítems del instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) y puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto. ....	69
Tabla 6. Puntaje Global de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) y puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto. ..	70
Tabla 7. Puntajes estandarizados en cada una de las dimensiones de funcionalidad familiar.....	72
Tabla 8. Puntajes estandarizados en cada una de las metas de funcionalidad familiar...	72
Tabla 9. Puntaje estandarizado en la escala global de funcionalidad familiar .....	73
Tabla 10. Características demográficas de las familias participantes del Municipio de Guapi-Cauca.....	82
Tabla 11. Clasificación de Necesidades y Capacidades según dimensiones de Friedemann.....	93

---

Tabla 12. Temas de cada uno de los proyectos que componen el la propuesta de un programa de APS.....	94
Tabla 13. Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi. ....	101
Tabla 14. Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi .....	103
Tabla 15. Resumen estadístico del Efecto de la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en los niños escolares de las familias extensas en Guapi. ....	106
Tabla 16. Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los niños escolares de las familias extensas en Guapi. ....	114
Tabla 17. Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar desde las mujeres de las familias extensas en Guapi.....	124
Tabla 18. Resumen estadístico del efecto de la aplicación de la propuesta del programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en las mujeres .....	127
Tabla 19. Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los niños escolares de las familias extensas en Guapi. ....	134
Tabla 20. Puntaje Global la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar desde la percepción de los adultos mayores independientes de las familias extensas en Guapi. ....	140
Tabla 21. Resumen estadístico básico de la evaluación según las dimensiones sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los adultos mayores independientes de las familias extensas de Guapi.....	144
Tabla 22. Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los adultos mayores independientes de las familias extensas en Guapi.....	151

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Teoría de Organización Sistémica: Un enfoque conceptual para familias y enfermería (Friedemann, 1995) .....	41
Figura 2. Modelo de propuesta de un programa de APS: Centro Desarrollo Humano Comunitario .....	87
Figura 3. Pasos para la construcción del la propuesta de un programa “Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante la familia en el Centro de Desarrollo Humano Comunitario” .....	92
Figura 4. Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar de las familias extensas en Guapi.....	98
Figura 5. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.....	101
Figura 6. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.....	103
Figura 7. Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los niños escolares. ....	105
Figura 8. Resumen estadístico básico del efecto de la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los niños escolares. ....	105
Figura 9. Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de los niños escolares.....	113

---

Figura 10. Resumen estadístico básico del efecto de la aplicación de la propuesta del la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de los niños escolares.....	114
Figura 11. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar a nivel global en las mujeres de las familias extensas en Guapi..	124
Figura 12. Distribución porcentual del efecto de la aplicación de la propuesta del programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en las mujeres .....	126
Figura 13. Resumen estadístico básico del efecto de la aplicación del la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en las mujeres .....	126
Figura 14. Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de las mujeres .....	133
Figura 15. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi. ....	134
Figura 16. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en las mujeres de las familias extensas en Guapi. ....	141
Figura 17. Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los adultos mayores independientes.....	142
Figura 18. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar según las dimensiones desde la percepción de los adultos mayores independientes, Guapi Cauca 2014.....	144
Figura 19. Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de los adultos mayores independientes...	150
Figura 20. Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar según las metas desde la percepción de los adultos mayores independientes, Guapi Cauca. 2014.....	151



# Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la globalización ha afectado la cohesión social de los países en el mundo, el acceso a los servicios de salud y en algunos lugares es cada vez más difícil por la incapacidad de generar coberturas en los servicios de salud que permitan satisfacer a las personas, situación dada por la transición epidemiológica y demográfica a escala mundial, cambios a nivel ambiental y la situación política y económica que enfrenta cada uno de los países, condición en la cual la Atención Primaria de Salud (APS) cumple un papel fundamental.<sup>1</sup>

Desde 1978, la Declaración de Alma Ata refiere que “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad”, por tanto esta representa un contacto directo entre el sistema de salud y las familias y un elemento fundamental para reconocer que la salud de las personas debe **ser integral**, es decir, incluir aspectos biológicos, económicos, socioculturales, educativos y políticos, realizando un esfuerzo coordinado de varios sectores, que asegura la participación activa de las familias y comunidad en la planificación, organización, ejecución y control de la APS.<sup>2</sup>

Así pues, la APS incluye tres exigencias: 1. la disponibilidad universal de la atención en salud indispensable para familia y comunidad, según sus necesidades, 2. la intervención de las comunidades en la planificación, prestación y evaluación de esa atención y 3. Una participación activa de la comunidad y de los demás sectores de las actividades de salud.<sup>3</sup> En efecto, numerosos esfuerzos realizados en el mundo han dado resultados valiosos para la comunidad salubrista y en general para la población, el derecho a la

---

<sup>1</sup> Informe sobre salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud, Más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Consultado [20-01-2013] Disponible en [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)

<sup>2</sup> Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Consultado [22-02-2013] Disponible en [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. A mitad del camino hacia la salud para todos en el año 2000. Informes de diversos países. División de fortalecimiento de los servicios de salud, Organización Mundial de Salud, Ginebra, Suiza. 1991. Consultado [23-02-2013] Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9243561324.pdf>

salud, la equidad y la solidaridad<sup>4</sup>, valores que caracterizan la estrategia en búsqueda de la protección de las poblaciones más vulnerables de la sociedad.

Según la OMS, se calcula que en el mundo, el 24 por ciento de la morbilidad y el 23 por ciento de mortalidad se atribuyen al factor ambiental, asociado directo o indirectamente a factores de riesgo ambientales tales como el consumo de agua no potable, saneamiento e higiene insuficientes<sup>5</sup>. En ese sentido, es preciso mirar el problema como el derivado de un listado importante de determinantes sociales de la salud, donde la educación de la madre, el acceso a los servicios de salud, las condiciones de saneamiento básico, la seguridad alimentaria, entre otros, son generadoras de las desigualdades sanitarias y forman el conjunto de inequidades en salud<sup>6-7</sup>.

En 1991, la tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud, Sundsvall, “Ambientes Favorables a la Salud”<sup>8</sup>, pidió a la población de todas las partes del mundo que interviniera activamente para lograr que los ambientes sean más favorables para la salud; la conferencia señaló que millones de familias viven en condiciones de extrema pobreza, y que “La mejor manera de promover conductas saludables es impulsando la acción comunitaria para modificar los determinantes de salud y crear entornos saludables, donde es necesario promover el desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar, colectiva y ambiental, mediante el uso de mecanismos de educación, orientación y atención. Todo esto desarrollando alianzas estratégicas con diversos actores de los sectores públicos, privados y sociales, en la búsqueda de una nueva cultura para una mejor salud combinando información, sensibilización y capacitación individual”<sup>9</sup>, impactando significativamente en la calidad de vida de familias y comunidades, principalmente poblaciones que viven en las áreas de menor índice de desarrollo humano (IDH), impulsando la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan,

---

<sup>4</sup> Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Gobernación de Antioquia Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. 2010 ISBN: 978-958-8711-00-3

<sup>5</sup> Prüss-üstün, Corvalán. Organización Mundial de la Salud. ambientes saludables y prevención de enfermedades . hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente p 5. Consultado [20-02-2013] Disponible en <[http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/previsexecsumsp.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previsexecsumsp.pdf)>

<sup>6</sup> Ministerio de Salud y la protección social, entornos saludables. Consultado [20-03-2013] Disponible en: [<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/entornossaludables.aspx>]

<sup>7</sup> SÁEZ, Antonio. Entornos saludables para el escolar. Reunión internacional de expertos. Consultado [15-02-2013] Disponible en <<http://www.saludescolar.net/paginas/doc/entornos.pdf>>

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables a la salud. Sundsvall Suecia. 1991. Consultado [25-02-2014] Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf)

<sup>9</sup> Secretaría de Salud de México. Plan de acción específico para entornos y comunidades saludables. Consultado [21-04-2014] Disponible en [[promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades\\_saludables.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf)]

estudien, trabajen y se diviertan en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida<sup>10</sup>.

El la propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” parte de la experiencia con familias afrocolombianas del Grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia<sup>11,12,13,14,15</sup> un proyecto de investigación realizado por la estudiante de Maestría como Joven Investigadora de Colciencias durante 2012-2013 denominado “Construcción de un La propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural” y el proyecto “Efecto de un la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud para familias extensas afrocolombianas” financiado por la División de Investigación Sede Bogotá, Programa Nacional de Proyectos para el Fortalecimiento de la Investigación, la Creación y la Innovación en Posgrados de la Universidad Nacional de Colombia 2013-2015 .

El presente estudio de investigación pertenece a la línea de investigación Salud pública y Mediación Cultural en Salud del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud y está fundamentado en la estrategia de Entornos saludables de la Atención Primaria en Salud, la Teoría de Organización Sistémica de la doctora María Louise Friedeman.

Se realiza en dos fases, la primera fase denominada Construcción de propuesta del programa Centro de Desarrollo Humano Comunitario (CDHC), utiliza una metodología cualitativa de Investigación Acción Participación (IAP) y la segunda fase denominada ejecución de la propuesta del CDHC utiliza una metodología cuantitativa de tipo cuasi-experimental sin grupo control con una pre-prueba y pos-prueba. La muestra corresponde a: Fase 1. Grupo IAP y Comisión de Apoyo y seguimiento; Fase 2. 50 familias extensas afrocolombianas, beneficiarias de FFUNDAMOR cuyos niños reciben atención en el Centro de Formación Juan Pablo II y tienen sus abuelos, adultos mayores independientes quienes reciben apoyo espiritual en la Sede de la Fundación, en el

---

<sup>10</sup> Ibíd, Secretaría de Salud de México.

<sup>11</sup> BARRETO Yenny, CATAÑO Nhora, MADERA Franci, MALUCHE Alexandra, ZÚÑIGA. Yurany. Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009. p.1-161.

<sup>12</sup> LÓPEZ William, PUENTES Jeimy, SOTO Beatriz. Necesidades en el contexto de familias afrocolombianas con ancianos Municipio Guapi-Cauca. 2009. P 1-169.

<sup>13</sup> CATAÑO Nhora, LÓPEZ Alba, VELÁSQUEZ Vilma. Propuesta de un modelo de Cuidado Cultural para ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área urbana del Municipio de Guapi-Cauca

<sup>14</sup> BARRETO Yenny. Implementación y evaluación de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en Guapí-Cauca: un aporte para la población afrocolombiana.(2010)

<sup>15</sup> CATAÑO Nhora, LÓPEZ Alba, VELÁSQUEZ Vilma. Validación del modelo de cuidado cultural de la salud en poblaciones ancianas con situación de discapacidad y pobreza residentes en Cundinamarca y Cauca.

Municipio de Guapi-Cauca. Estas familias participaron voluntariamente en el la propuesta de un programa. Para la recolección de datos se utilizó: Fase 1. Diarios de campo, cartografía social, grupo focal, entrevistas semiestructuradas, formatos para la transcripción y registros de seguimiento. Fase 2. Se utilizó un formato de identificación de las familias para el censo y la Escala de la efectividad de la funcionalidad familiar ASF-E de la Doctora FRIEDEMANN; la cual ha sido validada en Colombia.

La aplicación de este la propuesta de un programa construido previamente con la comunidad, generó respuestas de tipo familiar, sectorial, cultural y social en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de las familias, con un enfoque basado en Entornos Saludables de la APS, en el cual se logra desarrollar acciones humanizadas, participativas con calidad y Calidez.

Por lo anterior, el estudio tiene como objeto Evaluar el efecto de la propuesta del programa de Atención Primaria en Salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, para familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca.

A lo largo del documento se identifican cinco (5) capítulos que estarán divididos así: Capítulo 1. Marco referencial, donde se describen los aspectos epidemiológicos, demográficos, sociales, culturales etc., que generan la necesidad de diseñar una propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud a partir de la comunidad; Capítulo 2. Marco Teórico, donde se resaltan las temáticas de Atención primaria en salud-aspecto histórica conceptual, Programas de APS en familias, teoría de la Doctora Friedemann, efectividad de la funcionalidad familiar en familias colombianas y familias afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca; Capítulo 3. Marco de diseño; Capítulo 4. Presentación de resultados y análisis; Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones. Referencias bibliográficas y anexos.

# Capítulo 1: Marco Referencial

En este capítulo se presentan los antecedentes, planteamiento del problema, la pregunta de investigación, justificación, propósito, objetivos general y específicos y por último se hace una descripción de conceptos.

## 1.1 Antecedentes

El Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, ha venido desarrollando trabajos de investigación y extensión en la zona del Pacífico Colombiano, de manera especial en el Municipio de Guapi-Cauca, desde el año 2008 hasta la actualidad. A continuación se enuncian los trabajos académicos realizados:

Se inició con dos trabajos de grado en modalidad de investigación: Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009 (Financiado por la DIB)<sup>16</sup>, Necesidades en el Contexto de familias afrocolombianas con ancianos Municipio Guapi-Cauca. 2009(Financiado por la DIB)<sup>17</sup>.

Posteriormente se realizan varios estudios de investigación: Propuesta de un Modelo de Cuidado Cultural para ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área urbana del Municipio de Guapi-Cauca(2009 -2010)(Financiado por la DIB)<sup>18</sup>. Implementación y evaluación de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en Guapí-Cauca: un aporte para la población afrocolombiana.(2010) (Financiado por Colciencias, en el programa Jóvenes Investigadores e innovadores)<sup>19</sup>. Validación del modelo de cuidado cultural de la salud en

---

<sup>16</sup> BARRETO Y. CATAÑO N. MADERA F. MALUCHE, A. ZÚÑIGA. Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca;2009

<sup>17</sup> LÓPEZ W, PUENTES J, SOTO B. Necesidades en el Contexto de familias afrocolombianas con ancianos Municipio Guapi-Cauca;2009

<sup>18</sup> CATAÑO N. LÓPEZ A. VELÁSQUEZ V. Propuesta de un modelo de Cuidado Cultural para ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área urbana del Municipio de Guapi-Cauca

<sup>19</sup> BARRETO Y. Implementación y evaluación de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en Guapi-Cauca: un aporte para la población afrocolombiana; 2010

poblaciones ancianas con situación de discapacidad y pobreza residentes en Cundinamarca y Cauca.2011 (financiado por la DIB)<sup>20</sup>. La presente investigación se incluye en el proyecto enmarcado en la Convocatoria Jóvenes investigadores e Innovadores de Colciencias 2012<sup>21</sup> y el Programa Nacional de Proyectos para el Fortalecimiento de la Investigación, la Creación y la Innovación en Posgrados de la Universidad Nacional de Colombia 2013-2015, denominado “Efecto de un programa de Atención Primaria en Salud para familias extensas afrocolombianas”, financiado por la División de Investigación Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia<sup>22</sup>.

Las principales conclusiones encontradas son:

Las familias del Municipio de Guapi-Cauca se caracterizan por predominio del alto riesgo (71%), influido especialmente por los riesgos presentes en los grupos de edad de 19 a 30 años (41%), 31 a 49 años (39%), y principalmente por el grupo de 50 a 60 años (96%), donde se identifica que casi la totalidad de las personas se encuentran enfermas, existe alto riesgo en la composición familiar (44%), influido principalmente por la presencia de adultos mayores, además, de la presencia de mujeres cabeza de familia (38%), pérdida de miembros (33%) y separaciones conyugales (25%); los mayores riesgos están en los problemas de salud no resueltos o controlados (51 %); la presencia de más de un enfermo en la familia (50%); manejo de las personas enfermas (47%); dificultad en el manejo de enfermos, tiempo, dinero o conocimiento (47 %); enfermedad mental y/o intentos de suicidio (13%); y cadena de accidentes o morbilidad (12%).

El contexto social de los guapienses, muestran desigualdades en las oportunidades educativas, laborales y en los ingresos, que profundizan diariamente la pobreza de esta región, agravada por el conflicto armado que vive el país<sup>23</sup>. Las familias con adultos mayores afrocolombianas tienen unas necesidades específicas que afectan la calidad de vida como: necesidad de educación, acceso y control de la natalidad; necesidad de protección; atención integral para ancianos en condición de abandono y discapacidad, estas necesidades requieren de valores propios de las familia como respeto, amor, unión, responsabilidad, tolerancia que faciliten a su miembros recibir educación sobre estilos de vida.

---

<sup>20</sup> CATAÑO N. LÓPEZ A. VELÁSQUEZ V. Validación del modelo de cuidado cultural de la salud en poblaciones ancianas con situación de discapacidad y pobreza residentes en Cundinamarca y Cauca; 2009

<sup>21</sup> VELÁSQUEZ Vilma , BARRETO Yenny. Construcción de un Programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural. 2012.

<sup>22</sup> VELÁSQUEZ Vilma , BARRETO Yenny, MALUCHE, Alexandra. Efecto de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural en el municipio de Guapi-Cauca.2013-2014

<sup>23</sup> CATAÑO Nhora, LÓPEZ Lucero, LÓPEZ Heddy , VELASQUEZ G Vilma F. Realidades de la estructura social afrocolombianas: más allá de los Indicadores. Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. Diciembre, 2012, p 41-52.

Además, estos estudios aportaron el conocimiento de algunas creencias que se encuentran en el Municipio que los restringe de realizar acciones, que les proporciona cuidado y/o prevención.<sup>24, 25, 26</sup>. La población Guapireña ha configurado un sistema de creencias que guían sus acciones en salud. A partir de ellas comparten lo que está bien, mal, es bueno o malo. La comprensión y el diálogo del saber popular debe conducir a la prestación de servicios en salud donde se incorpore el universo subjetivo de los usuarios o comunidades para que se llegue a fortalecer las capacidades de las comunidades y poner al servicio, el avance del conocimiento con una apropiada mediación con el saber popular, promoviendo la salud y la autodeterminación de las comunidades<sup>27</sup>

Los significados en discapacidad se enmarcan en las deficiencias físicas, limitaciones para realizar actividades y en la falta de acceso a los ámbitos de participación social. La pobreza está relacionada con aspectos espirituales y materiales. La vejez se sitúa en una polarización de significados entre la aceptación y el sufrimiento ante las enfermedades y limitaciones<sup>28</sup>.

Estos estudios, han permitido la participación en el semillero de investigación Cuidado Cultural de la Salud (GCCS) a estudiantes de pregrado y recién egresados y participar en convocatorias de Jóvenes Investigadoras de Colciencias y como auxiliares de investigación en el Grupo donde han desarrollado competencia cultural y han tenido la oportunidad de aplicar un modelo de visita domiciliaria dirigida a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, lo que facilita el trabajo con familias para medir el efecto de la propuesta de un programa dirigido familias afrocolombianas, buscando potencializar sus ejes de acción en torno al cumplimiento de los objetivos del Milenio, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, APS.

---

<sup>24</sup> DELGADO Mario F, CALVACHE José A, SILVA Carolina. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. 2011. Antipoda, Revista de Antropología y Arqueología.(3). 2006. P 227-254. [en línea]. [Consultado 10 noviembre de 2013]. Disponible en <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/105/index.php?id=105>>

<sup>25</sup> SALAS A. Guardiana del espíritu de un machi y sus sueños. Index Enferm. 2007. vol. 16 (57). [en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en [[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200014&lng=es)]

<sup>26</sup> CASTELLANOS Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

<sup>27</sup> LÓPEZ Lucero, CATAÑO Nhora, , LÓPEZ Heddy , VELASQUEZ G Vilma F. Creencias en salud de una población afrocolombiana. Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. Diciembre, 2012, p 53-66

<sup>28</sup> VELASQUEZ G Vilma F , LÓPEZ Lucero, LÓPEZ Heddy , CATAÑO Nhora., Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez . Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 121 - 131

## 1.2 Planteamiento del problema

De acuerdo con el informe de Salud en el Mundo de la OMS (2008) con la globalización, han surgido nuevos cambios que involucran un aumento de la oferta de los servicios de salud para suplir la demanda, no tanto de enfermedades transmisibles sino enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales pueden ser prevenibles a través de la promoción de la salud. La necesidad de responder a estos desafíos, llevó a que se renovara la Atención Primaria en Salud (APS) “teniendo en cuenta en esta lo que las personas esperan desde sus modos de vida para construir salud asumiendo que existen documentos e investigaciones realizadas sobre desigualdades sanitarias, los cambios de la naturaleza, los problemas sanitarios, el envejecimiento, los problemas tecnológicos y de globalización que aceleran el paso de enfermedades transmisibles e incrementan la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, sumado con los problemas del cambio climático y seguridad alimentaria que influyen e influirán en la salud y enfermedad”<sup>29</sup>

El informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) "La Salud en las Américas", publicado en 1998, reporta que en América Latina y el Caribe, a pesar de algunos logros alcanzados, “no se han explotado al máximo las potencialidades que ofrece la APS, pues en ocasiones por intereses económicos, los profesionales prefieren la medicina clínica y curativa, a la preventiva y de promoción”<sup>30</sup>. El Grupo de Trabajo sobre Atención Primaria de Salud (APS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mostró que gran parte de los países latinoamericanos no ha logrado suficientes avances para alcanzar la visión de la APS expuesta en la Declaración de Alma Ata, adoptada hace ya más de 30 años<sup>31</sup>. Los países latinoamericanos presentan una gran diversidad de sistemas de salud, en los cuales la APS tiene diversos alcances y formas de organización<sup>32</sup>. La noción de integralidad, encierra diversos significados que, además de la gama de servicios, hace referencia a un abordaje biopsicosocial y a un modelo de atención centrado en las familias y la comunidad<sup>33</sup>.

En este sentido, en el 2004 la OMS refiere que el 23 por ciento de la carga global de enfermedades es atribuida al ambiente, cada año dos millones de muertes son causadas

---

<sup>29</sup> Op cit. Informe sobre la salud en el mundo 2008.

<sup>30</sup> LUNA Estela. Talento humano para sistemas de salud basados en la APS: Perfiles, Formación y Competencias. [en línea] Consultado [29 de abril de 2014] Disponible en <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6/Viernes%2012/PONENCIA%20DRA%20LUNA.pdf>>

<sup>31</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007

<sup>32</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfiles básicos de salud de países en las Américas. Argentina, 2004. Washington, D.C.: OPS; 2005.

<sup>33</sup> MACINKO J, MONTENEGRO H, NEBOT Adell C, ETIENNE C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2/3):73–84

por la exposición al humo producido por combustibles para cocinar, el 88 por ciento de las muertes por diarrea son producidas por agua no segura, saneamiento no adecuado y ausencia de higiene<sup>34</sup> generando un empeoramiento de dos de las cinco principales causas de muerte infantil como son las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) (8%) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) (11%)<sup>35</sup>.

A los problemas físicos generados por la calidad del ambiente, se suman los efectos psicosociales ocasionados especialmente por la violencia doméstica (abuso físico, sexual y emocional), determinados en gran medida por conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables, y concluye que, en gran parte, la mortalidad y morbilidad generadas por dichas causas, pueden ser evitables y prevenibles.

Por tanto, es preciso mirar el problema como el derivado de un listado importante de determinantes sociales en salud, donde la educación de la madre, el acceso a los servicios de salud, las condiciones de saneamiento básico, la seguridad alimentaria, entre otros, son generadoras de las desigualdades sanitarias y forman el conjunto de inequidades en salud<sup>36,37</sup> condiciones que afectan directamente la familia.

Programas realizados con familias con niños y adolescentes reportan la necesidad de reivindicar los hijos en la familia<sup>38</sup>. Otros estudios indican que los niños y adolescentes, presentan diversas conductas de riesgo en la familia, responsables de la morbi-mortalidad en los menores, entre los cuales se destacan: el consumo de drogas, embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, las cuales implican un deterioro considerable en la salud, afectando la calidad de vida, la inserción en la sociedad y gran parte de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto<sup>39</sup>.

Algunos artículos señalan, que una de las problemáticas generales a escala mundial en las familias es el envejecimiento poblacional, y el incremento de las enfermedades

---

<sup>34</sup> MONTEIRO Teófilo. Entornos saludables, un determinante para la calidad de vida. 2011. [en línea] Consultado [2 de Mayo de 2014] Disponible en <http://es.slideshare.net/OPSColombia/entornos-saludables-un-determinante-para-la-calidad-de-vida>>

<sup>35</sup> Ministerio de Salud y la Protección Social, entornos saludables. Op cit.

<sup>36</sup> Salud y la Protección Social, entornos saludables. Op cit.

<sup>37</sup> SÁEZ Antonio. Entornos saludables para el escolar reunión internacional de expertos. Op cit.

<sup>38</sup> PÉREZ Rosa El programa de las familias, colección FEAPS. España. [en línea] Consultado [5 de mayo de 2014] Disponible en [http://www.feaps.org/biblioteca/familias\\_ydi/capitulo3.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/familias_ydi/capitulo3.pdf)

<sup>39</sup> VALENZUELA María, IBARRA Ana, ZUBAREW Támara, CORREA Loreto. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. Rev. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2013; 22(1-2). [en línea] Consultado [5 de mayo de 2014] Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/7942.php>

crónicas no transmisibles, que a largo tiempo puede producir un deterioro funcional en las personas mayores, situación que trae como consecuencia una dependencia en las actividades de la vida diaria, que obliga a las familias a asumir funciones y convertirse en cuidadores informales. Estos, en la mayoría de los casos son asumidos por mujeres, esposas o hijas que viven con ellos, sin embargo, el desconocimiento de estas personas sobre el cuidado de las personas con enfermedades crónicas específicas, puede tener consecuencias negativas en la calidad de vida de las familias<sup>40,41,42,43</sup>.

Un estudio plantea la falta de apoyo de los servicios sociales y de salud a las familias. Además falta de auto-cuidado en la familia con personas con enfermedades crónicas y niños que requieren de cuidado. Situaciones que se convierten en una carga, que amenaza el bienestar y la calidad de vida de las familias, dado el desequilibrio de la salud y las finanzas de la familia entera<sup>44</sup>.

La pobreza genera en las personas y familias privaciones sociales como el desempleo, la disminución de los ingresos y una disminución en la calidad de la nutrición de cada uno de sus miembros. Es tal la situación, que van desde la falta de unión en la familia, los conflictos familiares y rupturas a los retos medio-ambientales, como las sequías, las tormentas y las inundaciones, lo que provoca un aumento en el precio de los alimentos y, en consecuencia, el empeoramiento de los indicadores de salud y esperanza de vida, tales como la desnutrición, la mortalidad infantil, la tuberculosis, la hepatitis, el dengue, la leptospirosis, la lepra, la diabetes, la hipertensión y la violencia en las familias y en las zonas urbanas<sup>45</sup>.

---

<sup>40</sup> MARIM Camila, SILVA Valter, TAMINATO Mônica, BARBOSA Dulce Aparecida. Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013. p 267-75 [en línea] Consultado [5 de mayo de 2014] Disponible en [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

<sup>41</sup> OLIVEIRA DC, D'ELBOUX MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 set-out; 65(5): 829-38.

<sup>42</sup> GALICIA AGUILAR, Rosa María. Cuidado de enfermería familiar en una comunidad rural. Rev Paraninfo Digital, 2009; 6. [en línea] Consultado [15 de noviembre de 2013] Disponible en <http://www.index-f.com/para/n6/o015.php>

<sup>43</sup> ALARCÓN-CERÓN Mayra, Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (1): 35-40

<sup>44</sup> HISAKO Silvia, BRAGANÇA Márcia, FERRAZ Viviane, MONTEIROI Hellen. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. Revista Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): p. 228-33.

<sup>45</sup> CEZAR-VAZ MR, SANTOS DA SILVA MRS, ALVES BONOW CA. Family health strategy as socio environmental strategy for health promotion for vulnerable families. J Nurs UFPE on line. 2012 June;6(6):1474-84

Esta situación ha sido considerada en experiencias de APS en el país, en las cuales existe una escasa articulación entre sectores a favor del bienestar social, limitada capacidad para atender las características sociales, culturales, políticas y ambientales; insuficiente transformación de conocimientos y prácticas de autocuidado individual y familiar; privilegiando los servicios curativos sobre lo anticipatorio y lo familiar<sup>46,47</sup> resaltando entonces, la importancia de un enfoque familiar que busque evidenciar las necesidades en salud reales de las familias, a partir de los factores externos al ser humano.

Existen políticas públicas que indican acciones y programas que operan alrededor de estas problemáticas, sin embargo, la compleja situación no se ha abordado a partir de las carencias reales de la población, se hace referencia a la necesidad de entender la salud humana, teniendo en cuenta el género, la raza, la enfermedad, las condiciones especiales, sólo los profesionales podrían atender a esta población capaz de utilizar los programas de gobierno de la dirección técnica de asistencia<sup>48</sup>. Por tanto, los estudios sobre el modelos de evaluación de APS reportan la necesidad de involucrar actores políticos y valores culturales<sup>49</sup>, y propiciar el desarrollo de estudios que evalúen la APS a partir de las necesidades de la comunidad y con un enfoque familiar.

La pregunta de investigación que emerge de esta necesidad planteada es: ¿Cuál es el efecto de la propuesta del programa de Atención Primaria en Salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, para familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca?

### 1.3 Justificación

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el programa de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) apoya a los países en el fortalecimiento de intervenciones de salud pública dirigidas a mejorar la salud individual, familiar y comunitaria e incrementar el acceso a servicios sociales y de salud, a través de acciones integrales, apropiadas, sustentables y basadas en evidencia<sup>50</sup>. Uno

---

<sup>46</sup> PARGA Javier. Atención Primaria en Salud, Valle del Cauca: esfuerzo de todos. Experiencias y retos. Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Gobernación del Valle del Cauca. 2011 [en línea] Consultado [25 de enero de 2014] Disponible en [http://salud.univalle.edu.co/pdf/conferencia\\_enfermeria/avances\\_o\\_limitaciones.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/conferencia_enfermeria/avances_o_limitaciones.pdf)>

<sup>47</sup> Op cit. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

<sup>48</sup> ARAUJO Jocelly, VIANA Millions, ARAUJO Rafaele, NUNES DE MIRANDA Francisco, ALBINO Clélia, DIAS Wilma. Efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: fatores influenciadores. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(2):579-88, fev., 2013.

<sup>49</sup> GOFIN Jaime, GOFIN Rosa. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007. P 177-185. [<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/12.pdf>]

<sup>50</sup> Op cit. Informe sobre la salud en el mundo 2008.

de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud"<sup>51</sup>

A sí mismo, la Declaración de Alma Ata refiere que "la Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad", por tanto, esta representa un contacto directo entre el sistema de salud y las familias y un elemento fundamental para reconocer que la salud de las personas debe ser integral, es decir, incluir aspectos biológicos, económicos, socioculturales, espirituales, educativos y políticos, realizando un esfuerzo coordinado de varios sectores, que asegura la participación activa de las familias y la comunidad en la planificación, organización, ejecución y control de la APS<sup>52</sup>.

Además considerando que los objetivos de la atención primaria de salud (APS) según la versión original consensuada para América Latina, busca: 1. Garantizar el acceso universal y equitativo de la población a una atención integral e integrada basada en una relación continua y personalizada con los proveedores de APS. 2. Brindar servicios seguros y de alta calidad y promover una cultura de calidad en las instituciones y proveedores de APS. 3. Asegurar por parte de los trabajadores de la salud las habilidades eficaces de comunicación, el respeto por la autonomía de la persona y un trato digno y aceptable para los usuarios, de acuerdo con su contexto sociocultural y personal. 4. Asegurar el acceso de primer contacto a la población, incluidos los servicios de urgencia 24 horas al día y la efectiva referencia a los proveedores asignados de APS. 5. Garantizar la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención) e integrada a los individuos y a la población asignada a un equipo de APS. 6. Promover un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios. 7. Promover y desarrollar acciones intersectoriales para la intervención en los determinantes que afectan la salud<sup>53</sup>. Es importante desarrollar y evaluar propuestas que midan los alcances de estos objetivos.

Sin embargo, a nivel internacional, y particularmente en las Américas, se ha reconocido la necesidad de fortalecer la APS y de evaluar el cumplimiento de sus funciones<sup>54, 55</sup>. Una

---

<sup>51</sup> BREILH. Jaime. Latin american critical ("social") epidemiology: new settings for an old dream

<sup>52</sup> Op cit. Declaración de Alma-Ata.

<sup>53</sup> HAGGERTY JL, YAVICH N, BÁSCOLO EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(5):377-84

<sup>54</sup> World Health Organization. World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008. En: Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, de Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. 2013;33(1):30-9.

de las herramientas de evaluación es la versión argentina del cuestionario PCAT, que se fundamenta en el interés por obtener información original para la valoración de los servicios de salud y la posterior reflexión acerca de su desempeño, así como hacer posible la discusión de aspectos conceptuales y metodológicos de la evaluación de servicios, teniendo en cuenta principalmente 2 funciones: 1. Funciones Esenciales: Primer contacto, Continuidad, Coordinación, Sistemas de información, Integralidad o globalidad, Servicios proporcionados y 2. Funciones Secundarias: Enfoque familiar, Orientación comunitaria y Competencia cultural. El conjunto PCAT se ha convertido en una herramienta altamente recomendada para la evaluación de sistemas y servicios de salud, pero una de las dificultades del uso internacional de estos instrumentos es la magnitud de los cambios que suelen sufrir cuando son adaptados a diferentes contextos<sup>56</sup>, y en nuestro caso el considerar como función secundaria el enfoque familiar, la orientación comunitaria y la competencia cultural, que es evaluada con 15 ítems de los 95 totales.

Además se ha señalado que hace falta contar con herramientas idóneas<sup>57</sup> y existen pocas herramientas que permiten obtener indicadores de las funciones de la APS desde la perspectiva de la población, aportando información sobre conceptos que gozan de amplio y aún creciente consenso a nivel internacional<sup>58</sup>.

De otro lado, en 1991, la tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud, Sundsvall, “Ambientes Favorables a la Salud”<sup>59</sup>, señaló que millones de familias viven en condiciones de extrema pobreza, y que “la mejor manera de promover conductas saludables es impulsando la acción comunitaria para modificar los determinantes de salud y crear entornos saludables, donde es necesario promover el desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar, colectiva y ambiental, mediante el uso de mecanismos de educación, orientación y atención. Todo esto desarrollando alianzas estratégicas con diversos actores de los sectores públicos, privados y sociales, en la búsqueda de cambios de acuerdo a su cultura para una mejor salud combinando información, sensibilización y capacitación individual”<sup>60</sup>, buscando impactar significativamente en la calidad de vida de

---

<sup>55</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 200.

<sup>56</sup> BERRA S, HAUSER L, AUDISIO Y, MÁNTARAS J, NICORA V, de Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. 2013;33(1):34.

<sup>57</sup> MACINKO J, MONTENEGRO H, NEBOT Adell C, ETIENNE C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2-3): 73-84.

<sup>58</sup> BERRA S, HAUSER L, AUDISIO Y, MÁNTARAS J, NICORA V, de Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. 2013;33(1):35.

<sup>59</sup> Op cit. Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables a la salud.

<sup>60</sup> Op cit. Secretaría de Salud de México.

las familias y comunidades, principalmente poblaciones que viven en las áreas de menor índice de desarrollo humano (IDH), impulsando la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien, trabajen y se diviertan en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida.

Por lo anterior, desde 1995 la OPS inicia en Colombia la estrategia de Entornos Saludables, la cual exalta y reconoce en primer lugar, que “la vivienda y la familia son determinantes supremos para el bienestar y la salud individual y colectiva”<sup>61</sup>. La implementación de esta estrategia se realiza con el fin de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables, estableciendo diversas acciones interinstitucionales.

Esto nos permite ejecutar acciones de promoción que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud de las familias en su entorno (hogar, escuela, trabajo, barrio) promoviendo modos de vida e intervenciones para su mejoramiento. De esta manera los hallazgos en la literatura, para la creación de entornos saludables, plantean: “configurar una participación transformadora que evoque y que logre el empoderamiento de las comunidades, una perspectiva política, que rescate los espacios de encuentro entre hombres y mujeres, niños, jóvenes y adultos; que permita el diálogo permanente, sincero y constructivo con los entes territoriales; una participación auténtica en rescate de los valores culturales y sociales de cada comunidad, que respete y dignifique la diversidad y que desde todo punto de vista, logre aunar esfuerzos, sin escatimar el más mínimo de ellos, para lograr el desarrollo humano y social de las familias y comunidades”<sup>62</sup>.

De esta manera, la representación de la OPS/OMS en Colombia, proyecta la Estrategia de Entornos Saludables (EES) transversal a todas las temáticas y acciones que se desarrollan en el área de Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible. Con ella se busca generar espacios y ambientes saludables que permitan que las condiciones de vida y el estado de salud de las familias sean más favorables en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de los diversos grupos que integran la sociedad y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), planteados, en la Cumbre del Milenio del año 2000<sup>63</sup>, donde 189 países del mundo, entre ellos Colombia, se comprometieron a reducir la pobreza y el hambre para el año 2015. La necesidad de responder a estos desafíos, llevó a que se renovara la APS “teniendo en cuenta en esta lo que las personas esperan desde sus modos de vida para construir salud asumiendo que existen documentos e investigaciones realizadas sobre desigualdades sanitarias, el cambio de la naturaleza de los problemas sanitarios, el envejecimiento y los problemas

---

<sup>61</sup> OPS. Organización panamericana de la salud. Hacia una vivienda saludable ¡Que viva nuestro hogar!. Cartilla educativa para la familia. 2011. Bogotá, Colombia.. [en línea] Consultado [15 de diciembre de 2013] Disponible en <<http://www.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.html>> (14 de 15)]

<sup>62</sup> Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Op cit.

<sup>63</sup> OPS/OMS Colombia. Programa de Entornos Saludables y Desarrollo Territorial. [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en: [[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=486&Itemid=1](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=486&Itemid=1)].

tecnológicos y de globalización que aceleran el paso de enfermedades transmisibles e incrementan la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, esto, sumado con los problemas del cambio climático y la seguridad alimentaria que influyen e influirán en la salud y enfermedad”<sup>64</sup>

De esta manera, los esfuerzos por realizar APS en el mundo han dado resultados valiosos para la comunidad salubrista y en general para la población, el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad son valores que caracterizan la estrategia en búsqueda de la protección de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, queriendo con esto alcanzar los Objetivos del Milenio. Las bases de la promoción de la salud definen estos entornos como entidades sociales que cambian e influyen en las familias en su interacción y su relación con el ambiente. Esto contribuye a movilizar apoyo político; crear participación y empoderamiento de la familia y comunidad; desarrollar redes de apoyo y evidenciar cambios positivos en la salud de las familias.

En Colombia, desde la década de los sesenta se han desarrollado experiencias encaminadas a la propuesta de APS, hecho que facilitó su implementación e integración dentro del sistema de salud. Según los registros, en la historia social de la salud colombiana la APS ha estado involucrada en: 1. Sistema de salud previo a la Ley 100 de 1993, 2. Momento posterior a la implementación de la Ley 100, 3. La resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, y 4. La APS renovada del 2005<sup>65</sup>, que con la Ley 1438/2011, adopta la estrategia de APS y dispone su constitución mediante tres componentes principales: 1. Servicios de salud; 2. Acción intersectorial/transectorial por la salud; y 3. La participación social, comunitaria y ciudadana. Incluyendo de manera transversal el enfoque de interculturalidad y familia.

Por otra parte, la Constitución Política de Colombia de 1991<sup>66</sup>, define a la familia, en el capítulo 2, como el núcleo fundamental de la sociedad. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre sus integrantes (Art. 42). La familia, la sociedad y el Estado tienen obligación de asistir y proteger al niño, adolescente y personas de la tercera edad. El Estado garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (Art. 48), al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, así como a la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano (Art. 334). Es así como se establece plenamente, desde la Constitución Nacional, la importancia de la familia para el desarrollo de la sociedad y por tanto, todas las acciones

---

<sup>64</sup> Informe sobre la salud en el mundo 2008. Op cit.

<sup>65</sup> Documento de posición de OPS/OMS “Renovando la Atención Primaria en Salud APS en Las Américas”. 2005. [En línea] Consultado [21 de abril del 2014]. Disponible en: [http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14021/mod\\_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion\\_de\\_la\\_APS\\_1-16 .pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16.pdf)>

<sup>66</sup> Constitución Política de Colombia 1991. [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>>

que contribuyan a su progreso son imprescindibles para mejorar la situación de las familias en Colombia. Así mismo el código de la Infancia y la Adolescencia - Ley 1098<sup>67</sup>, tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

Por lo tanto, se evidencia a escala nacional que existen leyes y políticas, para la protección integral de las familias, como la Ley 100 de 1993<sup>68</sup>, que establece los principios bajo los cuales se prestará el servicio público esencial de seguridad social, entre ellos: la universalidad, solidaridad, eficiencia y la integralidad. Además, establece los servicios del Plan Obligatorio de Salud que implica la cobertura a la familia (Art. 163), reconociendo así la importancia que esta unidad básica tiene en la promoción y mantenimiento de la salud. Así, el la propuesta de un programa parte de la consideración de que la Constitución Política de 1991 reconoce la diversidad étnica y cultural de la Nación. Además, el estado colombiano ha desarrollado diferentes acciones de carácter normativo y de diseño e implementación de políticas, planes, programas y proyectos orientados al reconocimiento, protección y promoción de los derechos territoriales, culturales, políticos y sociales de la población afrocolombiana. Así mismo, se han ratificado "convenios internacionales en Derechos Humanos, Derecho internacional Humanitario y asuntos ambientales y educativos, orientados a este sector de la población. En 2009 el país fue uno de los promotores de la Declaración del año 2011 como el año internacional de la afrodescendencia, y firmó un instrumento de acción (Joint Action Plan) con el Gobierno de los Estados Unidos para aunar esfuerzos para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población afrocolombiana".<sup>69</sup>

Por otro lado, el envejecimiento de la población es un proceso mundial, en que la proporción de las personas de sesenta años de edad y más va en aumento. Se proyecta que en el año 2050 aumentará al 21 por ciento<sup>70</sup>, hecho vinculado sobre todo con el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad. De esto se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto influye en el incremento del tiempo dedicado a ciertos

---

<sup>67</sup> Ley 1098 del 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Congreso de Colombia. p.6-8. [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>

<sup>68</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

<sup>69</sup> CONPES 3660. Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá. 2010. [En línea] Consultado [9 de junio de 2013]. Disponible en [\[http://www.mincultura.gov.co\]](http://www.mincultura.gov.co)

<sup>70</sup> NACIONES UNIDAS. Una sociedad para todas las edades: Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. 2002 [En línea]. Consultado [2 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>

roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros) y a las actividades personales, profesionales y de ocio; junto con una prolongación de edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos, al reducirse el número de miembros de la familia potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada. Igualmente, ello genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y al aumento de los hogares con personas mayores<sup>71</sup>.

Además, existe una tendencia al incremento de la participación laboral femenina que se da en todos los grupos de edad, cuando las mujeres se casan o tienen hijos tienden a permanecer en la fuerza de trabajo. En Colombia cada vez más se exige a la mujer, ser providente (madre cabeza de familia) o coprovidente.<sup>72</sup> En las últimas décadas han ocurrido cambios fundamentales en los roles de los miembros de la familia, que se han visto fuertemente influidas por las instituciones sociales y políticas, y por las transformaciones en los conceptos e ideales dominantes. Así mismo, las tasas de participación laboral infantil muestran que niños y niñas también hacen su contribución a la economía familiar. Sus posiciones son, por lo general, muy precarias, no calificadas, y se desarrollan bajo condiciones bastante desfavorables que comprometen a las generaciones futuras, ya que estos arreglos llevan a las familias a la ruta de la reproducción intergeneracional de la pobreza<sup>73</sup>. Las dificultades que enfrentan los hombres en el mercado laboral, asociadas a la fuerte expectativa de ser el principal soporte y el “jefe de familia”, se han reflejado en la esfera familiar; se da, además, una tasa en ascenso de disolución de las uniones conyugales, ligada a la imposibilidad de cumplir con las expectativas sociales. Estas situaciones críticas han sido enfrentadas desarrollando estrategias familiares de participación de otros miembros, especialmente las mujeres casadas y los niños y niñas en el mercado de trabajo.

Algunos estudios realizados en Colombia muestran que “hay una interacción entre cantidad y calidad de vida de los hijos, cuanto más hijos haya en el hogar, menor es la calidad de vida de cada uno de éstos, en términos de talla y peso alcanzados antes de los 5 años de vida y en logro educativo según la edad. El hecho de estar en una unión legal da más estabilidad al hogar y así los niños logran un mejor desempeño, tanto en salud como en educación. Adicionalmente se comprobaron hipótesis importantes en la teoría de familia, que pueden aportar al desarrollo de políticas que lleven al mejoramiento

---

<sup>71</sup> GUZMÁN J, HUENCHUAN S. Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. En: Naciones Unidas, Cepal. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales: seminarios y conferencia [En línea]. Chile; 2005. Consultado [5 de septiembre de 2012]. p. 209-221. Disponible en [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46\\_Sesion\\_inaugural.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46_Sesion_inaugural.pdf)

<sup>72</sup> ECHEVERRI Ligia. Tendencia o ruptura de la familia colombiana, una mirada retrospectiva y prospectiva. Revista Maguaré. Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Editorial Presencia. Vol. 9 Núm. 10 (1994). P. 105-121.

<sup>73</sup> CONICET. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. Reunión de expertos “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales” CEPAL. 2005. Sala Medina. P. 20. Consultado [25 de septiembre de 2013]. p. 209-221. Disponible en [http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Elizabeth\\_Jelin.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Elizabeth_Jelin.pdf)> p.20

de la calidad de vida de los niños, es decir, a sus logros en educación y salud, a variables como educación de la madre, planificación familiar y mercado laboral, asociadas a la calidad. Así mismo, se puede concluir que el ámbito familiar afecta el logro de los niños<sup>74</sup>

En Colombia, el Programa de familias en acción, está orientado a la acumulación de capital humano en los ciudadanos más pobres de las zonas urbanas y rurales de los municipios de menor tamaño del país, este, es un sistema de subsidios condicionados, con tres componentes principales: salud, nutrición y educación. El primero comprende actividades de vacunación y control de crecimiento y desarrollo para niños y mujeres embarazadas; el segundo incluye una transferencia en dinero para núcleos familiares (familias) con niños menores de 7 años de edad; y el tercero también tiene una transferencia de dinero para familias con niños y jóvenes entre los 7 y 17 años, que estén registrados y asistiendo al sistema escolar básico o de bachillerato, encontrando los siguientes efectos: a. Acerca del enrolamiento escolar, observamos un efecto importante en niños de 14 a 17 de las zonas urbanas. Las tasas de enrolamiento de estos niños presentan un crecimiento hasta del 12 por ciento, estadísticamente significativo con un 95 por ciento de confianza. El efecto estimado en las zonas rurales es mucho menor (alrededor del 5%). En contraste, no se observa un efecto estadísticamente significativo en los niños de 7 a 13 años de edad, lo cual puede deberse al tamaño reducido de la muestra. b. Sobre el estado nutricional, aún a pesar del intervalo de tiempo tan corto, se ve un efecto positivo del programa. Se observan incrementos significativos en el peso para la talla (reducción de desnutrición aguda), y en el peso para la edad (reducción en desnutrición global). En otros indicadores, como la desnutrición crónica, que son de más lenta evolución, no hay cambio importante en el período analizado. c. Con respecto a salud, se observan efectos positivos en el porcentaje de niños afectados por diarrea en las últimas dos semanas. d. Aunque no es sorprendente, dado que son condiciones del programa, se observa un efecto claramente positivo en la tasa de inscripción en el programa de crecimiento y desarrollo, y en el cumplimiento de los controles programados<sup>75</sup>.

El gran desafío de la APS debe ser una acción concertada tendiente a crear un medio ambiente sostenible que sea favorable a la salud, para lo cual se deben desarrollar estrategias integrales que brinden la posibilidad de contribuir a la educación ambiental, la disminución de la vulnerabilidad, la prevención, mitigación y superación de eventos negativos, la promoción de la salud mental, la prevención de la violencia y las conductas

---

<sup>74</sup> ENRÍQUEZ Carolina. Rendimiento académico en escolares de dos instituciones educativas publicas de Bogotá. [en línea]. 2008. Trabajo de grado magister en epidemiología. Universidad CES Medellín. Facultad de Medicina. [Consultado 30-03-2014] Disponible en <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/137/1/Factores%20de%20Riesgo%20Asociados.pdf>]>p 25-27

<sup>75</sup> ATTANASIO Orazio, GÓMEZ Luis Carlos, et al. Evaluación del Impacto del Programa Familias en Acción – Subsidio Condicionados de la Red de Apoyo Social Informe Final Línea Base Unión Temporal IFS – Econometría S.A. – SEI. 2002, p 1-177

adictivas y en general, el desarrollo de habilidades y competencias para una vida placentera y saludable<sup>76</sup>.

Con la propuesta de un programa se pretende aportar a la solución de los problemas que amenazan la salud de las personas y familias guapireñas, fortalecer conductas saludables que benefician su población con el fin de promover políticas que fomenten la creación de entornos saludables para la salud de las familias afrocolombianas de Guapi-Cauca, dado que hay experiencia previa en la población, la propuesta del programa y su ejecución busca dar respuesta a problemas sociales del Municipio de Guapi. La Ley 1438<sup>77</sup> expresa la necesidad de programas con enfoque intercultural para mejorar la salud de poblaciones que vienen acumulando históricamente bajos índices de desarrollo humano.

Desde la Universidad Nacional de Colombia y la Maestría de Salud Pública, se tiene en cuenta este enfoque ya que favorece la inclusión de la población afrocolombiana y disminuye las barreras de acceso para este grupo poblacional. Proponer una intervención de un programa co-construido con la comunidad posibilita la participación de las familias para fortalecer sus saberes y capacidades, reconociendo sus potencialidades como sujetos activos en búsqueda de superar la disparidad existente frente al promedio nacional y contribuye a que el efecto dentro de estas comunidades sea en aumento respecto a otras metodologías de intervención.

La participación en el semillero de investigación como Joven Investigadora de Colciencias y como auxiliar de investigación en el Grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud (GCCS) ha permitido a la investigadora desarrollar competencia cultural y aplicar un modelo de visita domiciliaria dirigida a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, lo que facilita el trabajo con familias para la construcción, aplicación y evaluación de una propuesta de programa de APS dirigido a familias extensas afrocolombianas, buscando potencializar sus ejes de acción alrededor del cumplimiento de los objetivos del Milenio del año 2000.

Esta investigación viene a contribuir a los esfuerzos en una población con menores índices de desarrollo con respecto al resto de la población nacional. La propuesta del programa de APS va a permitir sinergias con el sector público, privado y comunitario y hará posible la focalización de acciones de promoción de la salud como un tema estratégico que permite desarrollar capacidades, mejorar las oportunidades y contribuir al desarrollo integral de dicha población, dado que socialmente, la familia es considerada en el ámbito internacional como piedra angular para los procesos en salud, la familia es quien da los parámetros y tiene la capacidad de influir positivamente en el comportamiento.

---

<sup>76</sup> ECHEVERRI, Ligia. Op cit.

<sup>77</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Ley 1438/2011 "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [en línea]. [Consultado 15 de Septiembre de 2012]. Disponible en <<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/-LEY%201438%20DE%202011.pdf>>

Por lo tanto, el presente estudio es significativo teóricamente porque aporta a la investigación en salud pública y enfermería, contribuyendo con evidencia a mostrar resultados desde la teoría de la Organización Sistémica (Friedemann ML. 1995) y en Atención primaria en salud desde el enfoque de entornos saludables. Aporta a la comunidad científica, a la continuidad del proceso con el conocimiento de la realidad de la salud pública y la familia en Colombia, y a fortalecer a la vez el trabajo desde la región y a la disciplina de la enfermería a través de la generación de nuevo conocimiento en salud pública y familia y a través de los resultados permitir el direccionamiento de estrategias en salud. Tiene una significancia política dado que esta basada en OMS, política de primera infancia, Constitución Política de Colombia, Ley 100, de 1993, el plan decenal de salud Pública (2012 – 2021). Ley 1438(APS) Orientación individual, familiar y comunitaria, enfoque diferencial.

Dadas las circunstancias actuales para el país se hace indispensable construir, aplicar y evaluar el efecto de la propuesta de un programa de APS en familias extensas afrocolombianas. En Colombia, este es un estudio novedoso ya que son pocas las experiencias que evalúen el efecto de programas de APS con enfoque familiar y desarrollado a partir de las necesidades expuestas por la comunidad.

El resultado de esta investigación aportará al conocimiento de la salud pública y el cuidado de enfermería desde la APS, familia, competencia cultural, participación comunitario, e integración de servicios de salud y sociales. Además de contribuir al conocimiento y desarrollo del GCCS y su línea de investigación de salud pública y mediación cultural y se constituirá en referente para la región y para los salubristas que orientan acciones de la promoción frente a la estrategia de APS.

## **1.4 Propósito general**

La propuesta de programa de Atención Primaria en Salud: Centro de desarrollo Humano Comunitario, en el Municipio de Guapi-Cauca, pretende fortalecer la funcionalidad familiar, la participación comunitaria, la competencia cultural e integrar servicios sociales y de salud.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Evaluar el efecto de la propuesta del programa de Atención Primaria en Salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, para familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Capacitar a las líderes en competencia cultural, Investigación Acción Participación y la propuesta de un programa de atención primaria en salud.

- Construir una propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud
- Caracterizar las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca
- Aplicar la propuesta de programa de APS integrando los servicios de sociales y de salud
- Medir la efectividad de la funcionalidad familiar de la propuesta de un programa de atención primaria en salud en niños escolarizados de familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca
- Medir la efectividad de funcionalidad familiar de la propuesta de un programa de atención primaria en salud en mujeres de familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca
- Medir la efectividad de funcionalidad familiar de la propuesta de un programa de atención primaria en salud en adultos mayores independientes de familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca

## 1.6 Definición de conceptos

### 1.6.1 Atención Primaria en Salud (APS)

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante cada una y todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. (Definición de la declaración de Alma Ata)<sup>78</sup>. Se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en vías de desarrollo, desde la selección de algunas intervenciones, de mayor importancia epidemiológica y tecnológica<sup>79</sup>

### 1.6.2 Propuesta de Programa de Atención Primaria en Salud: Centro Desarrollo Humano Comunitario

Para el presente estudio, se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones intersectoriales, culturalmente competentes, desarrolladas por líderes comunitarias, en la propuesta en marcha del programa: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, creado con participación de la comunidad y referida a tres proyectos

---

<sup>78</sup> Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Consultado [22-02-2013] Disponible en [[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)]

<sup>79</sup> HAGGERTY JL, YAVICH N, BÁSCOLO EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(5):377 – 84.

específicos : 1. “Con amor y alegría echamos pa’lante en familia la salud del adulto mayor funcional en el ancianato, calle y parque”; 2. “Con Fuerza y alegría echamos pa’lante en familia la salud de las mujeres en la casa de la cultura y el trabajo” y 3 “Con amor y alegría echamos pa’lante en familia la salud, en la escuela de los niños” a fin de mejorar la funcionalidad familiar, integración con servicios sociales y de salud, la competencia cultural y la participación comunitaria.

### **1.6.3 Entornos saludables**

Según la Organización Mundial de la salud los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”<sup>80</sup>. En esta investigación se tuvo en cuenta los entornos: escuela, calle, casa cultural, iglesia y centro de atención al adulto mayor.

### **1.6.4 Familia**

Marie Louise Friedemann (1995) define a la familia como una unidad con estructura y organización, que interactúa con su ambiente, es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales. La familia está compuesta por individuos y cada uno tiene distintas relaciones con los miembros de toda la familia y sistemas de contacto en el ambiente. La familia son todas las personas que un individuo considere como familia y que están emocionalmente conectadas a éste, y no necesariamente están relacionadas biológicamente o viven en la misma casa<sup>81</sup>

### **1.6.5 Afrocolombianos**

El término se utiliza para denominar a algunas personas que habitan en Colombia, descendientes de aquellos que fueron traídos como esclavos de África por los colonizadores españoles<sup>82</sup>.

### **1.6.6 Familias extensas afrocolombianas**

Para esta tesis se denominará así al grupo familiar comprendido por adulto mayor independiente, mujeres y niños que compartan la idea de que son familia, se reconozcan

---

<sup>80</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud: Glosario. 1998. Op cit.

<sup>81</sup> FRIEDEMANN, Marie-Luise; SMITH Ann A. A triangulation approach to testing a family instrument. Western Journal of Nursing Research, 1997, 19(3), p.364 -378.

<sup>82</sup> CEPAC. Centro Pastoral Afrocolombiano. La familia afrocolombiana [en línea]. Consultado [10 agosto 2012]. Disponible en <<http://axe-cali.tripod.com/cepac-/hispaafrocol/8.htm/>>

como afrocolombianos, habiten en diferentes entornos como escuela, casa, Centros de atención, calle, iglesia entre otros y vivan en el Municipio de Guapi-Cauca en diferentes entornos

### **1.6.7 Adulto mayor independiente afrocolombiano guapiense**

Para esta tesis se denomina al adulto mayor de 60 años independiente, que se considera parte de la familia, se reconoce como afrocolombiana y vive en el Municipio de Guapi-Cauca.

### **1.6.8 Mujer afrocolombiana guapiense**

Para esta tesis se denomina a la mujer madre del niño escolarizado que se considere parte de la familia, se reconoce como afrocolombiana y vive en el Municipio de Guapi-Cauca.

### **1.6.9 Niño afrocolombiano guapiense**

Para esta tesis se denomina a niño escolarizado de 7 a 12 años, que se considere parte de la familia, se reconoce como afrocolombiano y vive en el Municipio de Guapi-Cauca.

### **1.6.10 Competencia Cultural**

Para Campinha- Bacote, la competencia cultural está definida como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, del individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales<sup>83</sup>.

### **1.6.11 Desarrollo humano**

Max Neef propone una política de desarrollo orientada hacia la satisfacción de las necesidades humanas, en la que compromete al ser humano en su totalidad, fundamentado en uno de sus postulados que afirma “El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos”<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> OSORIO-MERCHÁN, M. B., & LÓPEZ DÍAZ, A. L. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería* 2008; 17(4), 266-270.

<sup>84</sup> NEEF M. ELIZALDE A. *Desarrollo a Escala humana* Medellín-Colombia: Cepaur; 1986.

### **1.6.12 Participación Comunitaria**

Proceso en virtud del cual el individuo y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la posibilidad de contribuir a su propio desarrollo y el de la comunidad. (Declaración Alma-Ata)

### **1.6.13 Efecto de la propuesta**

Es el resultado obtenido después de aplicar la propuesta de APS: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, integración de los servicios sociales y de salud y la capacidad de competencia cultural en las líderes e investigadora y la participación social comunitaria.

## Capítulo 2: Marco Teórico

El sustento teórico de esta investigación se basa en primer lugar en la Atención Primaria en salud aspectos histórico-conceptuales, en segundo lugar programas de atención primaria en salud con familias, en tercer lugar la teoría de la Organización Sistémica de la Dra. Friedemann; en cuarto lugar la efectividad de la funcionalidad en las familias Colombianas y en quinto lugar las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca

### 2.1 Atención Primaria en Salud y entornos saludables

El concepto de salud ha tenido cambios a lo largo de la historia, representados a nivel demográfico y epidemiológico principalmente. Henry Sigerist, afirma que la salud es “una construcción social que responde a condiciones históricas, políticas, sociales y biológicas”<sup>85</sup>. Por tanto, como cada comunidad responde a una cultura, esta, tiene su propia concepción de salud que le permite vivir y mantener una calidad de vida de acuerdo con su visión del mundo. No obstante, es importante tener en cuenta que en el mundo la salud es considerada un derecho fundamental de toda persona y de los pueblos y es esta la misma aspiración ética de Alma Ata<sup>86</sup>.

La Declaración de Alma Ata, surge como síntesis de la conferencia internacional de Atención Primaria en Salud (APS) de Alma Ata en 1978, donde se resalta la importancia de esta, como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de las personas, familias y comunidades a través del lema “Salud para todos en el año 2000”. De acuerdo con esta declaración, la APS es definida como “la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo”<sup>87</sup>, basada en cuatro principios fundamentales así: esencial, pertinente, universal y participativa. Todo esto al alcance de todos los individuos y las familias, la unión de conocimientos y bases científicas de la atención humanizada. Estos principios se modificaron según el enfoque dado en los contextos políticos de la época, especialmente

---

<sup>85</sup> APRAEZ Giovanni. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. Estudio de caso. [Tesis para optar al título de doctor en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia programa de doctorado Interfacultades en Salud Pública;2010.

<sup>86</sup> MAHLER, Halfdan. Reflexiones sobre la misión de la OMS. Discurso del Director General. OMS. Ginebra, 1986.

<sup>87</sup> Declaración de Alma Ata Op cit.

cuando Estados Unidos recupera su influencia en UNICEF y se propone un enfoque que se denominó la Atención Primaria Selectiva<sup>88</sup>.

La Atención Primaria en Salud, determina que la intervención y el cuidado deben ser proporcionados a toda la población, por tanto esto implica que se debe realizar un diagnóstico de la situación de salud y sus determinantes, y de esta manera lograr formular y ejecutar un plan de mejoramiento de dicho nivel de salud. Sin embargo, para esto es importante el reconocimiento por parte de los profesionales de la salud de la necesaria participación de otros sectores y que estas sean efectivas en términos de costos, tecnología y aceptación por los beneficiarios<sup>89</sup>.

El informe Lalonde (1974), se constituye como uno de los antecedentes más importantes para la APS, en el cual se da nacimiento a la Promoción de la Salud con sus componentes de Políticas Públicas Saludables, Estilos de vida, Ambiente, Participación y Reorganización de los Servicios de Salud, así como sus estrategias específicas Comunidades Sanas y de un aporte importante en el enfoque holístico de la salud<sup>90</sup>

La Carta de Ottawa en 1986<sup>91</sup>, continúa siendo el documento sobre la promoción de la salud más conocido y citado; allí se afirma que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”<sup>92</sup>, propone cinco áreas estratégicas complementarias entre sí: a) logro de políticas saludables, b) fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, c) desarrollo de habilidades personales, d) creación de ambientes saludables, e) servicios de salud reorientados hacia la equidad, calidad y prevención. A partir de esta, se han dado importantes avances conceptuales como es la participación comunitaria e intersectorialidad, el acceso a los determinantes y a las posibilidades de individuos y comunidades para decidir sobre su propia salud y aspectos de equidad mencionados en la declaración de Alma Ata, sin embargo, esta ha sido más amplia en países desarrollados desligándola de cierta manera de la APS.

En 1991, la tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud, Sundsvall, “Ambientes Favorables a la Salud”,<sup>93</sup> señaló que millones de familias viven en

---

<sup>88</sup> WALSH Julia, KENNET Warrent. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*. 1979;301:967-974.

<sup>89</sup> ECHEVERRI Óscar. Atención Primaria de la Salud, APS: Una nueva oportunidad. Plan de desarrollo Facultad de Salud 2011-2030. [En línea] Consultado [5 de mayo 2012]. Disponible en <[http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/aps\\_documento\\_previo\\_al\\_foro.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf)>

<sup>90</sup> LALONDE, Marc. New Perspective on the health of Canadians: 28 years later. En: *Rev Panm Salud Pública/ Pan Am J Public Health Washington*. vol. 12 no. 3. 2002; p. 149-152. ISSN 1020- 4989

<sup>91</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986. [En línea] Consultado [5 de mayo 2012]. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

<sup>92</sup> OMS. Carta de Ottawa. Op cit.

<sup>93</sup> OMS.. Declaración de Sundsvall. Op cit.

condiciones de extrema pobreza, y que “la mejor manera de promover conductas saludables es impulsando la acción comunitaria para modificar los determinantes de salud y crear entornos saludables, donde es necesario, promover el desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual, familiar, colectiva y ambiental, mediante el uso de mecanismos de educación, orientación y atención. Todo esto desarrollando alianzas estratégicas con diversos actores de los sectores públicos, privados y sociales, en la búsqueda de una nueva cultura para una mejor salud combinando información, sensibilización y capacitación individual”<sup>94</sup>, impactando significativamente en la calidad de vida de las familias y comunidades, principalmente poblaciones que viven en las áreas de menor índice de desarrollo humano (IDH), impulsando la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien, trabajen y se diviertan en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida.

A partir de estos postulados, se propone como áreas de acción: reforzar la acción social principalmente por grupos organizados de mujeres; dar a las comunidades y a las personas los medios para administrar su propia salud y su entorno mediante la educación y diferentes medidas para facultarlas; forjar alianzas en favor de la salud y de entornos propicios con miras a reforzar la cooperación entre las campañas y las estrategias y conciliar los intereses en conflicto de la sociedad para garantizar un acceso equitativo a entornos propicios para la salud<sup>95</sup>. Los entornos saludables tienen su asiento en los albores de 1840 en Inglaterra<sup>96</sup>, cuando se crea la Comisión de Salud para las Ciudades con el fin de evaluar la salud de los trabajadores que fueron expulsados de la ciudad hacia los barrios pobres por el proceso de industrialización; para entonces, la ciudad se había convertido en un lugar inhabitable por la contaminación y la falta de acueductos para movilizar los residuos, producto del crecimiento poblacional y de las grandes industrias.

Estos entornos, implican, de antemano, asumir las teorías de promoción de la salud, y los postulados que configuran sus dimensiones y sus posibilidades; así como reafirmar a la familia, la escuela, la vivienda y los poblados como espacios donde se dinamiza la promoción de la salud a partir de las necesidades y potencialidades de sus individuos, es allí en donde se recrea la vida, se dan significados al mundo y donde se fortalecen las bases para la consolidación de actitudes y aptitudes propios del desarrollo social y humano<sup>97</sup>.

---

<sup>94</sup> Secretaría de Salud de México. Op cit.

<sup>95</sup> Ibid. OMS.. Declaración de Sundsvall.

<sup>96</sup> Hancock. T. Ciudades y comunidades Saludables: Pasado, presente y futuro. [En línea]. Consultado [20 de octubre de 2009].

<sup>97</sup> LADRÓN DE GUEVARA Elsa, VÁZQUEZ Francisco, CUEVAS Roberto, ORTIZ Ma. Cristina. Gestión del conocimiento III y Salud pública III. Universidad Veracruzana. 2008. ISSN: 1870-2767. [En línea] Consultado [5 de mayo 2013]. Disponible en <http://www.uv.mx/msp/files/2013/01/COLECCIONES-EDUCATIVAS-5.pdf>

Considerando lo anterior, se puede decir que “la APS ha marcado y determinado la Salud Pública contemporánea, y son precisamente las dos últimas eras en la evolución de la salud pública: la APS y la Promoción de la Salud”<sup>98</sup>. Sin embargo, para el año 2000, el plan “Salud para todos”, no logró la meta propuesta desde la declaración de Alma Ata, y recobró vida con la declaración de Bangladesh y los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron planteados en la Cumbre del Milenio del año 2000<sup>99</sup>. Pero, hoy en día, los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no alcanzan esos objetivos. Aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen en todo el mundo. Una de las mayores inquietudes se refiere al costo de la atención de salud. Se trata de una preocupación realista, ya que 100 millones de personas caen en la pobreza todos los años al costear la atención sanitaria. Un número aún mayor de personas no puede acceder a ningún tipo de atención de salud, es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como síndrome respiratorio del adulto, y las repercusiones del cambio climático<sup>100</sup>.

En el 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propuso la renovación de la APS con el fin de promover la reorientación de los servicios de salud y fortalecer la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad<sup>101</sup>. Contemplando aquí el recurso humano como un pilar fundamental para el desarrollo y transformación de los sistemas de salud, dados los desafíos epidemiológicos que la APS debe ser capaz de afrontar; además de la necesidad de corregir las debilidades de los diversos enfoques dados a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que la APS debe capitalizar para ser más efectiva; el reconocimiento de la APS como una estrategia que permite fortalecer las capacidades de la sociedad y reducir las inequidades en salud; una de las más importantes es porque la APS selectiva se orienta específicamente hacia las mujeres y los niños, existiendo el temor de que ignore a otras poblaciones vulnerables como los adolescentes y los adultos mayores y la presencia de amenazas crecientes como las enfermedades crónicas, la salud mental, las lesiones y las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, entre otras<sup>102</sup>.

---

<sup>98</sup> AWAFESO, Niyi. What's new about New Public Health? American Journal of Public Health. 2004:94 (5) May: p 705-709. Citado por: Apraez I. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. Estudio de caso. [Tesis para optar al título de doctor en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia programa de doctorado Interfacultades en salud pública;2010

<sup>99</sup> Objetivos del Milenio ¿Qué son los ODM?. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: La Agenda Global para superar la Pobreza. [En línea]. Consultado [16 agosto 2012]. Disponible en: <<http://www.pnud.org.co>>

<sup>100</sup> Informe de salud en el mundo. 2008. Op cit.

<sup>101</sup> OPS/OMS. Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. 2007. [En línea]. Consultado [16 agosto 2012]. Disponible en <[www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper\\_10-ago-05](http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05)>.

<sup>102</sup> Ibid. OPS/OMS. Renewing Primary Health Care in the Americas.

En el 2008 la Comisión de Determinantes Sociales dirigida por Michael Marmot de la OMS hizo un llamado a los países para que tengan sistemas de salud basados en APS con enfoques integrales para cerrar las inaceptables brechas en salud, de las que se habla en la declaración de Alma Ata y que se mantienen hasta nuestros días. Deben comprender, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;<sup>103</sup>

Ante esta situación, en Colombia, dada la gran diversidad poblacional y por tanto cultural y la descentralización de los municipios y departamentos, cada uno se encarga del desarrollo del sistema de salud y la inclusión de estos en la APS, siendo un ejemplo de esta APS renovada el departamento de Santander, que además de contar con los equipos básicos municipales, conformados por auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos generales, funcionan equipos denominados provinciales que son grupos multidisciplinarios (con participación de psicólogos o trabajadores sociales, nutricionistas y técnicos ambientales) que tienen como función fomentar procesos gerenciales de análisis y definición de intervenciones de acuerdo con la situación de salud de la población en los diversos municipios de su provincia y además realizar el seguimiento y apoyo técnico a los equipos municipales.<sup>104</sup>

Un aporte significativo para la salud pública del país y de América Latina es la construcción de marcos referenciales para el análisis y discusión de temas centrales y decisivos para las políticas de salud y el sistema sanitario y más hoy, donde no se ven salidas sino por el contrario, problemas sanitarios como de la viabilidad misma del actual sistema de aseguramiento en salud de Colombia. En el 2011 se establece la ley 1438 en la cual se constituye que la prestación del servicio público en salud debe estar “en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”.<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> Declaración Alma Ata. Op cit.

<sup>104</sup> REY-GAMERO Andrea, ACOSTA-RAMÍREZ Naydú. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (25): 28-39, julio-diciembre de 2013. [En línea]. Consultado [16 de agosto 2013]. Disponible en <<http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=8015141a-e5b4-4206-8089-4df9d0f50388%40sessionmgr4003&vid=6&hid=4213>>

<sup>105</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Ley 1438/2011. Op cit.

La promoción de la salud tiene que ver con adopción de decisiones en la familia, en la sociedad y en el Estado. Es responsabilidad de todos dotar a las personas para que hagan elecciones saludables para sí mismas y sus familias<sup>106</sup> El núcleo de esta, es el empoderamiento de la gente sobre los determinantes que afectan su salud. “Se establece como prerequisites para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso, ecosistema estable, conservación de los recursos, Justicia Social y Equidad”<sup>107</sup>.

Lo anterior, implica un cambio de las estructuras hospitalarias como entornos principales de la atención en salud, hacia otros entornos, aquellos donde la gente vive e interactúa, como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, entre otros.

A través de la historia, ha sido difícil definir la APS porque los conceptos no permitían operacionalizar medidas del grado de consecución de los componentes relacionados con la atención primaria. Sin embargo, el análisis de los elementos estructurales como: accesibilidad, oferta de servicios, definición de la población de referencia y continuidad de la atención, y los elementos de proceso entre los que se incluyen la utilización de servicios y el reconocimiento de los problemas de salud. Los cuatro atributos o dominios principales de la APS se pueden medir examinando estos elementos estructurales y de proceso. La APS se valora de acuerdo a cómo se implementan estos atributos, para ello existen modelos de evaluación los cuales se describen brevemente a continuación.

El modelo de [Atención Primaria Orientada a la Comunidad](#)-APOC surgió en la década de 1940, como una extensión de la medicina familiar, gracias al trabajo de dos médicos de familia, S. L.Kark y E. Kark, en una zona rural de Sudáfrica. Los conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación conjunta de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento, una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes, un equipo multidisciplinario, acceso libre a los servicios, sin barreras económicas, fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas; un equipo de trabajo que conjugue habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales y del comportamiento; la movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la clínica para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los recursos microambientales y comunitarios; la movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la clínica para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los recursos microambientales y comunitarios. Para el cumplimiento de estos objetivos la APOC necesita compartir sus acciones con otros sectores mediante una coordinación intersectorial, ya que los servicios de salud no pueden responder por sí solos a todas las necesidades de la población. El proceso de desarrollo de la APOC cuenta con varias etapas como: definición de la comunidad; Decisión de las prioridades teniendo en cuenta la importancia relativa del problema, factibilidad de una intervención; eficacia prevista de la intervención, la justificación de los costos y el interés de la comunidad; Planificación del “diagnóstico

---

<sup>106</sup> OMS. Declaración de México. Hacia una mayor equidad. México, 2000. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014].

<sup>107</sup> OMS.. Carta de Ottawa. Op cit.

comunitario”, (caracterizado por un análisis en profundidad únicamente del problema de salud escogido como prioritario); implementación de programas de salud comunitario teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, funciones de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; Vigilancia del programa, donde se realiza un seguimiento del estado de salud de la población durante las acciones del programa. Evaluación del impacto y la eficacia del programa la cual se puede realizar mediante una revisión “antes y después” donde se parte del supuesto que la intervención es beneficiosa ó el ensayo el cual evalúa su posible eficacia por lo que requiere de un grupo control y mayores recursos; y la última etapa es el análisis de la nueva situación en la cual se decide si se mantiene modifica o suspende el programa.

Las experiencias reportadas sobre este modelo en América Latina expresan la dificultad de integrar estos modelos en los sistemas de salud existentes debido a “falta de voluntad política de los gobiernos y los valores culturales predominantes en esos países”; sin embargo en Cuba se analizó el proceso de desarrollo de la medicina familiar y encontró que este sistema basado en este modelo logró mejorar los índices de salud siendo necesario para ello “valores comunitarios y métodos de gestión transparentes”. En Bolivia ha permitido poner en marcha programas materno-infantiles y definir y actuar según las prioridades locales en salud. En general este modelo ha logrado: reducción de la mortalidad infantil, control de crecimiento y desarrollo, reducción de prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas, modelo que sirvió entonces para aumentar el desarrollo integral de la comunidad <sup>108</sup>

En 1998, B. Starfield y L. Shi han desarrollado un conjunto de herramientas para valorar la APS, recogidas bajo el nombre de PCAT: Primary Care Assessment Tools<sup>109</sup>, definido como un conjunto de cuestionarios diseñados para valorar las funciones de la APS<sup>110</sup> a partir de la medida de cada uno de sus cuatro dominios atributos y sus dos características: Primer contacto (accesibilidad y utilización); Atención centrada en la persona y a lo largo del tiempo (afiliación a un proveedor y relación interpersonal); Globalidad de la atención (disponibilidad de servicios y servicios proveídos); Coordinación (sistemas de información e integración de servicios). Además constan de escalas para medir: orientación comunitaria, enfoque familiar y competencia cultural<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> GOFIN Jaime, GOFIN Rosa. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007. P 177-185. [<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/12.pdf>]

<sup>109</sup> AUDISIO Yanina. Adaptación de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de Salud en Argentina. Versiones para usuarios y para pacientes con trastornos mentales. Córdoba, 2012. P 30

<sup>110</sup>

<sup>111</sup> SHI L, STARFIELD B, XU J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50(2): 161.

A nivel mundial, PCAT está validada en español, catalán, portugués, francés, coreano y se encuentra en proceso la validación en mandarín y maltés, así como disponible en su idioma original, inglés.

El conjunto está formado por cuatro cuestionarios, cada uno de los cuales pueden informar sobre las mismas funciones de la APS pero en diferentes niveles y perspectivas: PCAT-Sistemas (gestores de políticas sanitarias); PCAT-Centros (gestores de recursos de APS); PCAT-Proveedores (proporciona la perspectiva de los profesionales que pueden informar sobre los servicios específicos que proveen; y PCAT-usuarios (proporciona el punto de vista de la población).

De acuerdo con un estudio de obra social de la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina entre 2010-2011 en el que se implementó el PCAT dirigido a sus afiliados y afiliadas para obtener la perspectiva de esa población para poner en marcha una serie de medidas para fortalecer la APS llama la atención que es muy fuerte la afiliación a un proveedor de APS y que al observar las tres funciones específicas de APS la que es mejor valoradas desde esta experiencia es la competencia cultural, seguido por el enfoque familiar y por último la orientación comunitaria, lo que indica una necesidad de fortalecimiento en estos dos últimos.<sup>112</sup>

En el caso de Colombia, la configuración de los entornos saludables tiene sus bases en la creación de los lineamientos para escuelas y viviendas saludables, cuando en 1995 la Organización Mundial de la Salud, con su oficina regional y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/ OPS), realizó el lanzamiento oficial de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS), conocida en nuestro país como Escuela Saludable, “dirigida a facilitar la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar”<sup>113</sup> que permitan que las condiciones de vida y el estado de salud de las familias sean más favorables en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de los diversos grupos que integran la sociedad y en contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),<sup>114</sup> planteados, en la Cumbre del Milenio del año 2000, donde 189 países del mundo, entre ellos Colombia, se comprometieron a reducir la pobreza y el hambre para el año 2015

---

<sup>112</sup> BERRA, Silvina. El estudio de las funciones de la Atención Primaria de la Salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 2012. P13-20 [En línea] Consultado [10/07/2014] Disponible en [[http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2013\\_FuncionesAPS\\_ISBNe-book.pdf](http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2013_FuncionesAPS_ISBNe-book.pdf)]

<sup>113</sup> OPS. Iniciativa regional de escuelas promotoras de salud. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014].

<sup>114</sup> OPS/OMS Colombia. Programa de Entornos Saludables y Desarrollo Territorial. Op cit.

Colombia trabaja en la Estrategia de Entornos Saludables (EES) desde hace más de una década y es el país donde está más desarrollada y donde es más reconocida<sup>115</sup>. En 2003, se dio un primer acercamiento entre la Estrategia de Escuela Saludable y la de Vivienda Saludable en el marco de la estrategia de Atención Primaria Ambiental. Para ello se buscaron estrategias dirigidas a promover y fomentar la creación de entornos saludables, y de este modo, lograr mejores condiciones de vida de las personas, las familias y la comunidad en general.

En Bogotá existe la política de Bogotá Humana, en la cual está inmerso el programa de Territorios Saludables cuyo propósito es “asegurar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud a la población para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio de un modelo humanizado y participativo basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad”<sup>116</sup>, a través de la promoción y prevención, con énfasis en las familias y comunidades, comprometiéndose con el logro de los objetivos del milenio, todo esto a través de proyectos como: “Salud para el buen vivir”; acceso universal y efectivo a la salud; redes para la salud y vida; y otros relacionados con la atención hospitalaria. Con este programa, se acercan los servicios de salud al hogar, permitiendo disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud tanto de individuos como de familias y de la comunidad, incluidos los diferentes grupos poblacionales, etnias y ciclos de la vida, requiriendo en este la participación de la administración nacional con el fin de mejorar los procesos ya planteados<sup>117</sup>.

De acuerdo con la literatura, para la creación de entornos saludables, se espera: “configurar una participación transformadora que evoque y que logre el empoderamiento de las comunidades, una perspectiva política, que rescate los espacios de encuentro entre hombres, mujeres, niños, jóvenes y adultos; que permita el diálogo permanente, sincero y constructivo con los entes territoriales; una participación auténtica en rescate de los valores culturales y sociales de cada comunidad, que respete y dignifique la diversidad y que desde todo punto de vista, logre aunar esfuerzos, sin escatimar el más mínimo de ellos, para lograr el desarrollo humano y social de las familias y comunidades”<sup>118</sup>.

---

<sup>115</sup> OPS.. IV Encuentro nacional de la estrategia de entornos saludables. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1300:iv-encuentro-nacional-de-la-estrategia-de-entornos-saludables&catid=388&Itemid=460](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1300:iv-encuentro-nacional-de-la-estrategia-de-entornos-saludables&catid=388&Itemid=460)>

<sup>116</sup> Concejo de Bogotá D.C. Acuerdo No. 489 de 2012. “Por el cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C 2012-2016 Bogotá Humana”. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en [http://www.idep.edu.co/pdf/informes/Plan\\_Desarrollo\\_Bogota\\_Humana\\_2012-2016.pdf](http://www.idep.edu.co/pdf/informes/Plan_Desarrollo_Bogota_Humana_2012-2016.pdf)

<sup>117</sup> Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. “Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables” Plan de Desarrollo Distrital” Bogotá Humana 2012-2016. [En línea]. Consultado [21 de Marzo de 2014]. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/Rendicin%20de%20Cuentas/Rendici%C3%B3n%20de%20Cuentas%202012/EJE%201%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20BOGOT%C3%81%20HUMANA.pdf>

<sup>118</sup> Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Op cit.

Sin embargo, para lograr un entorno y una sociedad saludable, es necesario que las familias y comunidades estén implicadas en el proceso de construcción de políticas públicas, programas y proyectos, y para esto es indispensable el desarrollo de habilidades personales en cada una de las personas y familias, pues es necesario que las propias personas sean capaces de actuar frente a alguna situación por ellas mismas.<sup>119</sup>

El Ministerio de la Protección Social a través de la Resolución 425 del 2008 en su artículo 17 destaca la estrategia de entornos saludables como parte del Plan de Salud Territorial, donde se resalta la intersectorialidad y las acciones articuladas entre EPS, ARP, educación, cultura, recreación y deportes, economía entre otros<sup>120</sup>.

Un entorno saludable, que plantee la noción de desarrollo humano en el marco de la promoción de la salud como se ha sustentado, velará por la comprensión y la acción sobre las relaciones intersubjetivas que recrean y construyen dichos entornos, relación que se entreteje entre hombres y mujeres con su medio, lo que se manifiesta en sus condiciones de salud y vida, y que a su vez, permite direccionar las acciones al trabajo, y la educación en la salud, para potenciar las capacidades de las personas y comunidades, más que de imponer o describir conductas ideales para alcanzar la salud<sup>121</sup>.

Entonces, la APS promueve la participación de la comunidad en la planeación, organización, operación, control, detección precoz, monitoreo de condiciones ambientales y promoción de la salud, haciendo uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles; para este fin se promociona la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana para la formulación de políticas nacionales, estrategias y planes de acción para iniciar y sostener la APS como parte de un amplio sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores<sup>122</sup>.

---

<sup>119</sup> MARTÍNEZ J, GARCÍA M. Promoción de la salud. Unidad 1/ Epidemiología y promoción de la salud. Ediciones Paraino, 1a. ed. 2012.

<sup>120</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 del 11 de febrero de 2008. Por el cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de entidades territoriales. Bogotá. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en [<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912>]

<sup>121</sup> Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Op cit.

<sup>122</sup> BRAVEMAN Paula. El Reconocimiento Sistemático en la Atención Primaria en Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en [<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41828>]

## 2.2 Programas de Atención Primaria en Salud en Familia

De acuerdo con la literatura y una búsqueda realizada en bases de datos de la salud, se encontró que son pocos los programas de APS enfocados en la familia, algunos de estos estudios van dirigidos a la efectividad de los programas educativos en los cuidadores familiares de personas en situación de discapacidad<sup>123, 124, 125, 126</sup>, Rol de familia en la prevención de conductas de riesgo en adolescentes<sup>127;128</sup> la relación enfermera-paciente-familia<sup>129, 130, 131, 132</sup>; y estrategias de promoción de la salud en familias vulnerables<sup>133</sup> y en planificación en la enseñanza de gestión en salud de la familia<sup>134</sup> los cuales resaltan los efectos de programas educativos y de apoyo en la reducción de la carga de cuidadores de pacientes con discapacidad y como la literatura nacional carece de estrategias de intervención basadas en la investigación que puedan ser fácilmente aplicadas a las familias desde diferentes realidades<sup>135</sup>.

En estos estudios se destacan programas de apoyo educativo, social y psicológico como forma de mejorar la calidad de vida de estas familias. Entonces, el profesional de la salud debe establecer un vínculo terapéutico con estas familias, para identificar sus

---

<sup>123</sup> MARIM, SILVA, TAMINATO, , BARBOSA, p 267-75. Op cit.

<sup>124</sup> OLIVEIRA DC, D'ELBOUX MJ. P 829-38. Op cit.

<sup>125</sup> MARTÍN Amaro. Programa grupal psicosocial y psicoeducativo dirigido al cuidador principal del enfermo en fase temprana de la esquizofrenia. NURE Inv 2012 [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en [\[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE57\\_proyecto\\_esquizo.pdf\]](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE57_proyecto_esquizo.pdf)

<sup>126</sup> DÍAZ Juan, ROJAS María. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. año 9 - vol. 9 n 1 - Chía, Colombia - abril 2009. 73 – 92.

<sup>127</sup> VALENZUELA, IBARRA, ZUBAREW, CORREA.. Op cit.

<sup>128</sup> ESPARZA S, PILLON S. Programa para fortalecer factores protectores que Limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. Rev Latino-am Enfermagem 2004 mar-abr; 12 (núm. especial):324-32. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en [[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)]

<sup>129</sup> ARAUJO, VIANA, ARAUJO, NUNES DE MIRANDA, ALBINO, DIAS. P. 579-88 Op cit.

<sup>130</sup> SUELEN Tayssa, GUIMARÃES Jacileide. Interfaces del proceso de trabajo las enfermeras en estrategia de salud de familia. J Nurs UFPE online., Recife, 7(2):389-96, Feb., 2013.

<sup>131</sup> ALARCÓN-CERÓN, p 35-40. Op cit.

<sup>132</sup> FERREIRA J, VIANA R, AGUIAR V. Communication with men in the family health program: strategies of elucidation by nurses. Journal of Nursing, Revista de Enfermagem. 2012 Sept;6(9).

<sup>133</sup> CEZAR-VAZ MR, DA SILVA MRS, BONOW CA. p 1474-84. Op cit.

<sup>134</sup> KLEBA Maria, MAROSO Ivete, VENDRUSCOLO Carine. O planejamento estratégico situacional no ensino da Gestão em saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 184-93.

<sup>135</sup> Agustina Palacios. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2008.

necesidades y diseñar estrategias que brinden atención, organización, sistematización de la asistencia y apoyo social adaptado a estas personas.

Además corroboran los postulados de otros estudios sobre el tema<sup>136</sup>, que muestra que la dinámica de la familia después de la discapacidad de los adultos mayores, constituye cambios en el modo de vida que requieren de programas de atención y de guía para esta población.

Reportan que los bajos niveles educativo y económico repercuten en el desarrollo cognitivo y en la suplencia de necesidades básicas familiares, y se presume que los recursos familiares destinados a las necesidades básicas y a los requerimientos del enfermo no son cubiertos en su totalidad. Situación que es reportada como similar en otros grupos de cuidadores donde el valor se ve afectado por carencias para afrontar el cuidado, evidenciado en algunas ocasiones por una habilidad de cuidado deficiente, considerando esto como un problema que tiende a impactar la salud pública<sup>137</sup>.

Otros estudios miden el efecto de programas de familias a partir de los adolescentes, dado que es en esta etapa donde se adquieren la mayoría de los hábitos que pueden tener consecuencias para la salud a largo plazo, originando conductas de riesgo tales como el tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, consumo de drogas adictivas, actividad sexual sin protección, las cuales tienen repercusiones biológicas y psicosociales negativas tales como el embarazo, obesidad, complicaciones metabólicas, drogadicción, deserción escolar, pobreza e incluso causar invalidez o muerte, como los accidentes, suicidios y homicidios. La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los países. Cuando los adolescentes no consiguen llegar a la edad adulta en condiciones óptimas de salud y educación, supone para los gobiernos un elevado costo social y económico<sup>138</sup>.

De acuerdo con la literatura, la familia cumple varias funciones importantes en el desarrollo de sus miembros, modela sentimientos, ofrece patrones de conductas, pautas y normas de convivencia, un adecuado vínculo y funcionamiento familiar con disponibilidad de tiempo de los padres hacia los hijos, comunicación, rituales familiares, cohesión, adaptabilidad y actividades en conjunto que se han descrito como factores que disminuyen significativamente las conductas de riesgo o predisponentes en los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, como son la baja autoestima, bajo rendimiento escolar, depresión, ideación suicida, que se asocian a familias con bajos niveles de

---

<sup>136</sup> REYES Betti, CARRIÓN Walter. Intervención profesional en género y familia. Loja – Ecuador. 2011-2012.

<sup>137</sup> DÍAZ Juan, ROJAS María. Op cit.

<sup>138</sup> VALENZUELA, IBARRA, ZUBAREW , CORREA. Op cit

cohesión, desapegadas, de menores ingresos, con una escasa contención emocional brindando escaso soporte para enfrentar las tareas propias de esta etapa<sup>139</sup>.

Algunas investigaciones<sup>140</sup> coinciden en demostrar que los padres son una fuerte influencia en el crecimiento saludable del niño y adolescente y mencionan cinco pilares básicos del rol para ser padres de adolescentes: (a) ofrecer amor y conexión; (b) controlar la conducta y el bienestar del adolescente; (c) aconsejar, incluyendo negociación y fijación de límites; (d) ofrecer información y consulta para entender, interpretar y transitar por el mundo, a través de un proceso de ejemplo y diálogo continuo; y (e) proveer y abogar por recursos, incluyendo otros adultos a quienes les importe.

Las conductas de riesgo son potencialmente prevenibles, apego inseguro, inflexibilidad, disciplina inconsistente y supervisión inadecuada, están vinculadas a familias que presentan conflicto familiar, ruptura matrimonial, violencia, monoparentalidad y menor nivel socioeconómico, indicadores que aumentan las conductas de riesgo y problemas emocionales, lo que revela la importancia de fortalecer el vínculo familiar y que justifica la implementación de programas orientados a la disminución y promoción de la salud integral, con el fomento de estilos de vida saludables y que tengan un enfoque psicosocial y familiar. Se necesitan políticas de salud y de educación adecuadas que releven el rol de la familia como protagonista del desarrollo sano del adolescente y programas que respondan a las necesidades y demandas de salud de este grupo etario con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida<sup>141</sup>.

Por otra parte, se han desarrollado programas nacionales y locales de APS, como el Modelo Integrador de Enfermería de Atención Primaria a la Salud (MIEAPS) como una respuesta al Plan Nacional de Salud y al Programa Sectorial de Salud en México, los cuales pretenden fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades al incorporar acciones efectivas y acciones comunitarias para el desarrollo de entornos saludables. La atención de la población mayor de 65 años y su condición de enfermos crónicos ha dado como resultado que se incremente la demanda de servicios<sup>142</sup>.

En Bogotá, la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario: salud a su casa, ejecutada durante el periodo 2005 - 2006, con la articulación de los diferentes actores, sectores, planes, programas y proyectos disponibles a nivel comunitario, institucional y local concentran esfuerzos encaminando

---

<sup>139</sup> Ibid, p. 22.

<sup>140</sup> Ibid, p 24.

<sup>142</sup> ALARCÓN-CERÓN, Op cit. p 35-40.

los recursos hacia la gestión en el microterritorio social, identificando, priorizando e interviniendo individual y colectivamente sobre las problemáticas sociales<sup>143</sup>.

La participación de agentes comunitarios en los programas de APS fue calificada unánimemente como un «punto fuerte que garantiza la continuidad y el valor de ¡Hagamos salud!», fomentando la corresponsabilidad, en este sentido, se detectó la dificultad de promover la participación y garantizar su permanencia en estos programas. La delegación de las responsabilidades de las familias en los docentes es otra de las barreras declaradas<sup>144</sup>.

De esta manera, la OPS considera que la APS es uno de los ejes fundamentales del trabajo de cooperación técnica; es una estrategia que permite tener mejores resultados en salud, mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, mejor eficiencia de los sistemas de salud como un todo, y como consecuencia una mayor satisfacción de los usuarios y resultados más sustentables<sup>145</sup>.

Los programas de familias saludables propician la habilidad del cuidador, de la persona y la sensibilización de la familia. El trabajo de enfermería con familias implica un reto profesional pero además nos brinda un área de oportunidad para dejar los esquemas tradicionales de cuidado y permite el desarrollo del trabajo independiente y autónomo de la enfermería profesional. Cuando abordamos a la familia en su ambiente y consideramos las fortalezas de la familia estamos brindando verdaderos cuidados<sup>146</sup>.

## 2.3 Teoría de la Organización Sistémica de Friedemann

La familia ha sido tema primordial de estudio a lo largo de la historia del ser humano. Los perfiles profesionales del equipo de salud de la atención primaria contemplan objetivos y acciones relacionadas con el diagnóstico y la intervención familiar, así como el análisis

---

<sup>143</sup> Hospital Pablo VI Bosa. Empresa Social del Estado. Estrategia de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario: "Salud a su casa". Informe de cierre 2005-2006. . [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/index.php?option=com\_content&view=article&id=13&Itemid=16]

<sup>144</sup> RAMOS Pilar, PASARÍN M. Isabel, ARTAZCOZ Lucía, DÍEZ Elia, JUÁREZ Olga, GONZÁLEZ Inmaculada. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. Gac Sanit. 2013 27(2): 104-110. [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0213-91112013000200002&lng=es]

<sup>145</sup> Informe sobre salud en el mundo 2008. Op cit.

<sup>146</sup> GALICIA Rosa. Cuidado de enfermería familiar en una comunidad rural. Rev Paraninfo Digital, 2009; 6. [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en: [http://www.index-f.com/para/n6/o015.php]

de la situación de salud de la familia, aspecto que implica la consideración de la familia como unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria<sup>147</sup>.

La familia es el “elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social”<sup>148</sup>. Dentro de una familia se satisfacen necesidades a nivel de desarrollo biológico, psicológico y social, encargada de la transmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales. La familia es fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, sin embargo, constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Se constituye entonces en la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social<sup>149</sup>. Razón por la cual es importante que mantenga una funcionalidad familiar.

Existen diversos enfoques teóricos que dan explicación a los fenómenos de investigación en familia. Uno de éstos es el marco teórico de Organización Sistémica propuesto por M.L. Friedemann, quien es enfermera, y representa el enfoque teórico que respalda la presente investigación.

Para Friedemann, la familia es “una unidad con estructura y una organización que interactúa con su ambiente. La familia está conformada por personas y cada una de ellas establece relaciones diferentes con cada uno de los otros miembros y los sistemas de contacto del ambiente. La familia decide quién pertenece al sistema; sus miembros no necesitan tener una línea de consanguinidad o vivir bajo el mismo techo; está conformada por todas las personas que el individuo considera su familia”<sup>150</sup>, las cuales cumplen funciones dentro de ella y se encuentran emocionalmente vinculados; con ellos establece una preocupación, una relación o disgusto.

---

<sup>147</sup> Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1988. [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/tratamiento-cundeamor-pacientes-diabetes-mellitus/tratamiento-cundeamor-pacientes-diabetes-mellitus2.shtml#ixzz33GEHyPkZ>

<sup>148</sup> LOURO Isabel. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2003 29(1): 48-51. [En línea]. Consultado [10 de Marzo de 2014]. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es].

<sup>149</sup> LOURO I. Op cit. 2003; p 48-51.

<sup>150</sup> FRIEDEMANN, ML. The framework of Systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing. London, New Delhi: SAGE Publications. Thousand Oaks, 1995. p. 4-16..

La estabilidad de la cultura es mantenida a través del tiempo por la transmisión de valores y patrones de una generación a otra. De este modo, la familia es un sistema inmerso en el sistema civil que se encarga de transmitir la cultura, los patrones y valores a cada uno de sus integrantes. Junto a los sistemas civil y ambiental, debe satisfacer las necesidades de éstos, de manera que promuevan el crecimiento y desarrollo personal, la integración a la sociedad, la formación de lazos emocionales entre sus miembros y la formación de un propósito y significado de la vida a través de la espiritualidad.

De acuerdo con esta teoría, la salud, “está determinada por la presencia o ausencia de la ansiedad”<sup>151</sup>. Donde la ansiedad es la resultante de una incongruencia en el sistema. Y la Salud Familiar es la experiencia de congruencia de una familia; se alcanza en el balance de la estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad, de forma dinámica y en concordancia con la situación familiar cambiante, donde se buscan permanentemente nuevas formas de restablecer la congruencia dentro del sistema y con el entorno. La salud familiar se da cuando las estrategias referentes a todos los cuatro procesos de las dimensiones están presentes, si el sistema familiar es congruente con los sistemas de contacto de su entorno, y si hay congruencia dentro del sistema, es decir, si cada uno de sus miembros se encuentra satisfecho con su familia. Una familia es saludable cuando brinda bienestar a los miembros de la familia y disminuye su ansiedad<sup>152</sup>.

Las organizaciones humanas corresponden a los sistemas sociales como la familia, la escuela, el trabajo, donde las personas individuales funcionan como el subsistema más pequeño<sup>153</sup>, estos seres humanos desempeñan los roles que les son asignados, y funcionan como subsistemas en otros sistemas sociales. Así los seres humanos ayudan a dar forma a los sistemas sociales por medio del intercambio de información, energía y materia, entre ellos, y sus propias experiencias personales de crecimiento las cuales se llevan a cabo en un proceso continuo de cambio y evolución.

El marco teórico de organización sistémica desarrolla dos tipos de procesos para el logro de la congruencia: uno para la vida del sistema humano y otro para la vida del sistema familiar, organizados a partir de cuatro metas, las cuales son intangibles y por tanto no son medibles: el control, la estabilidad, la espiritualidad y el crecimiento, pero que se hacen tangibles a partir de la combinación de dos de sus cuatro dimensiones: el mantenimiento del sistema, el cambio del sistema, la coherencia y la individuación, dándole un carácter dinámico.

Dentro de este marco teórico, la congruencia es entendida en un proceso dinámico donde la resultante de la tarea de la familia para lograr su relación armónica entre los

---

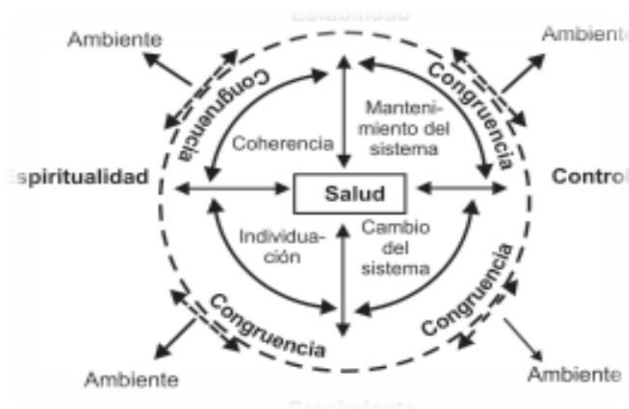
<sup>151</sup> Ibid, FRIEDEMANN.

<sup>152</sup> Ibid, FRIEDEMANN.

<sup>153</sup> FRIEDEMANN, Marie-Luise. An Instrument to evaluate effectiveness in family functioning. En: Western Journal of Nursing Research. United States of America. Vol. 13, Num. 2 .(Apr 1991); p. 224, 237.

miembros y el ambiente, está dada por ese fluir libre y armónico de la energía dentro y entre los sistemas, en un balance entre la estabilidad y el crecimiento. Cuando la familia se siente ansiosa frente a las amenazas y a la estabilidad familiar (en su propio sistema como en el de cada individuo); para disminuir esta ansiedad, recurre a las metas de control y espiritualidad, las cuales operan protegiendo al sistema de dicha amenaza; así los procesos saludables permiten a cada miembro su congruencia personal y con ello el control de la ansiedad, expresada como la resultante de una incongruencia en el sistema, En cambio, el fluir armónico comunica la sensación de bienestar que es la propia de un nivel óptimo de salud, dada por la congruencia como experiencia dentro y entre el sistema así como con su ambiente. Por tanto la salud es entendida como la experiencia de la congruencia del sistema evidenciada en todos los niveles del sistema de un individuo, los subsistemas, y el contacto con los sistemas del ambiente.<sup>154</sup>

**Figura 1. Teoría de Organización Sistémica: Un enfoque conceptual para familias y enfermería (Friedemann, 1995)**



Fuente: FRIEDEMANN Marie Louise. The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing Thousand Oaks p 21.

### 2.3.1 Dimensiones del Sistema

Las dimensiones y la regulación de la salud familiar están dadas por los propósitos del sistema familiar; se alcanzan a través de estrategias, clasificadas en cuatro dimensiones: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación, respondiendo las tres primeras a acciones colectivas en la familia y la individuación a una acción individual y la respuesta de la familia a esas diferencias individuales. De tal forma que el sistema familiar, con las estrategias de mantenimiento y coherencia, tiene

<sup>154</sup> FRIEDEMANN, ML.Op. cit.,1995; p.14.

como objetivo la estabilidad (homeostasis), mientras el cambio del sistema y la individuación apuntan su objetivo al crecimiento morfogénesis<sup>155</sup>.

- **Mantenimiento del Sistema:** constituye acciones colectivas de la vida familiar y personal, relacionadas con la seguridad, autonomía en transmisión de saberes culturales que protege la familia de situaciones crisis o amenazas, lo que implica el mejoramiento de la comunicación, toma de decisiones, establecimiento de patrones de cuidado, economía y planeación del futuro de la familia<sup>156, 157</sup>.
- **Cambio del Sistema:** es un proceso que se genera a partir de acciones colectivas de los miembros que componen una familia, comprende la incorporación de nuevos conocimientos y negociación de algunos comportamientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales/familiares y del ambiente; se logra dependiendo de la flexibilidad de la familia y el flujo de energía dentro y fuera del ambiente, ajustando estos a las necesidades de las familias, requiere de apertura para la nueva información que modifica la estructura de valores ante prioridades vitales presentes y futuras; la capacidad de tomar decisiones conscientes. Fortalece el control y crecimiento familiar/personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía<sup>158, 159</sup>.
- **Individuación:** es la estructura de identidad personal a través de la comunicación con otros sistemas; fortaleciendo el desempeño y desarrollo de roles, responsabilidades, talentos, iniciativas y conocimientos que proveen de apertura al entendimiento; el aprender de sí mismo y de otros, trae consigo una nueva perspectiva y propósito en la vida mediante la expansión del horizonte de la persona. A partir de la individuación las personas ajustan sus patrones y ritmos para sentirse conectadas con otros sistemas de su elección, tales como amistades, sitios de trabajo, un grupo étnico, una religión, una ideología y otros. La individuación apunta a la espiritualidad al armonizar al individuo en su relación con otros sistemas<sup>160</sup>.
- **Coherencia:** las relaciones armónicas entre los miembros familiares proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor, interés de unos por otros; compartir valores y creencias que les permite crear

---

<sup>155</sup> FRIEDEMANN, Marie-Luise; SMITH Ann A. A triangulation approach to testing a family instrument. *Western Journal of Nursing Research*, 1997, 19(3), p.364 -378.

<sup>156</sup> GONZÁLEZ Rosalía. Efectividad de la funcionalidad familiar en población estudiantil universitaria. Universidad Autónoma Nuevo León, Facultad de Enfermería, División de posgrado e investigación. 2001. [En línea]. Consultado [5 de marzo de 2014]. Disponible en [<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080093851.PDF>]

<sup>157</sup> FRIEDEMANN, ML. Op. cit. 1995; p.22.

<sup>158</sup> GONZÁLEZ Rosalía. Op.cit.

<sup>159</sup> Ibid, FRIEDEMANN.

<sup>160</sup> VILLALOBOS, Bertha. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con hijos en preescolar, matriculados en el colegio San Rafael, Bogotá 2008. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería con énfasis en salud familiar. Bogotá. 2009.

vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema. Esta estructuración se da en la infancia con el apoyo e interés de los padres, es posible cuando se comparten experiencias y sentimientos. Se da la aceptación mutua frente las diferencias personales, hay un reconocimiento de logros y se dan expresiones de afecto y de cuidado. Estas funciones fortalecen la espiritualidad y la estabilidad personal y familiar, desde donde los individuos cuentan con una seguridad interna. Se constituye en un prerrequisito para la individuación<sup>161</sup>.

### 2.3.2 Metas del Sistema Familiar

Las metas del sistema familiar de acuerdo con la teoría de la Organización sistémica de Friedemann son: control, crecimiento, espiritualidad y estabilidad. El mantenimiento del sistema y el cambio de la coherencia convergen al control, el cambio del sistema y la individuación convergen al crecimiento, la individuación y la coherencia convergen a la espiritualidad y la coherencia y el mantenimiento del sistema convergen a la estabilidad.

- **Control:** En el sistema el control regula y reduce las amenazas del medio externo mediante el uso de mecanismos internos colectivos, los cuales canalizan la energía para reducir la vulnerabilidad y proteger al sistema de las amenazas y así restablecer la congruencia. La familia saludable, dentro de sus operaciones familiares, permite a sus miembros satisfacer la necesidad de autonomía, con lo cual ellos pueden planear el futuro, tomar decisiones, aceptar o rechazar nueva información o escoger sistemas ambientales a los cuales conectarse. Ellos pueden establecer reglas a seguir y hacer que los miembros las sigan, de tal forma que el sentido colectivo de autonomía y compromiso logrado protege a sus miembros de la ansiedad por causa de la incertidumbre, la vulnerabilidad y la soledad
- **Crecimiento:** El crecimiento ocurre de acuerdo con el cambio de sus miembros; promueve el desarrollo de nuevas actitudes que son adaptadas al interior de la familia como producto de la interrelación con otros sistemas; los cambios significativos en los miembros ejercerán una influencia detectable en la estructura y los procesos de la familia, lo cual lleva al crecimiento del sistema. La familia se abre para procesar la nueva información y ajustarse a ella. O bien la integra a su sistema de valores, o vive con valores contradictorios entre sus miembros, dando apertura –como valor– a la diversidad de opiniones. La principal herramienta para el proceso de crecimiento saludable es la comunicación.
- **Espiritualidad:** es una búsqueda activa de significado y la conexión de las personas con poderes mayores, así como compartir esta experiencia entre ellos. La espiritualidad constituye un aspecto importante de la cultura familiar. Se apoya en los valores relacionados con aspectos emocionales, como la confianza, el amor, y el afecto con que se unen los miembros de la familia, y los moviliza a buscar el crecimiento personal fuera de ella. A través de la espiritualidad, sus miembros reducen el miedo a la soledad, se sienten conectados, y hallan consuelo y se ayudan

---

<sup>161</sup> VILLALOBOS, Bertha. Op cit. 2009 p. 44.

en los momentos difíciles. Para que el control sea efectivo necesita de las bases de la espiritualidad.

- **Estabilidad:** La familia mantiene la estabilidad y protege al sistema de su extinción, reuniendo sus valores básicos y creencias culturales, desde donde enseña sus patrones tradicionales de funcionalidad a los niños, patrones que luego serán transmitidos de generación en generación. Las familias saludables siguen los valores y respetan las tradiciones familiares con las que construyen el sentido de pertenencia y seguridad. Este mundo de valores y actitudes da la capacidad para abrirse y enfrentarse a otras influencias que puedan confrontar la estructura de valores y creencias sin que ponga en riesgo la integridad del sistema, así se dé un cambio en el comportamiento como producto de la flexibilidad.

El proceso general de las familias descrito anteriormente es aplicable de manera generalizada a todas las familias, inmensas diferencias son encontradas en las estrategias específicas utilizadas y en el énfasis puesto en ciertos objetivos, aquí, la cultura es definida como dos procesos que ocurren simultáneamente, es decir mantenimiento y transformación de la cultura. Estos procesos son inherentes en la búsqueda de estabilidad frente al crecimiento o mantenimiento de tradiciones culturales, por tanto la cultura se vive en la vida de las familias, y es de suma importancia tenerla en cuenta en todos los procesos de intervención familiar<sup>162</sup>.

La interacción de una familia con su entorno, producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. 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. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, en cada una de las etapas del ciclo vital, para ello necesitan de una buena comunicación que sea clara, directa, específica y congruente; el respeto por las diferencias y la autonomía de cada miembro, apoyo en la toma de decisiones y búsqueda de la solución más apropiada para cada problema, manteniendo una homeostasis familiar<sup>163</sup>.

La homeostasis familiar es el “equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior”<sup>164</sup>. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

---

<sup>162</sup> Modelo de organización. [En línea]. Consultado [5 de marzo de 2014]. Disponible en [[http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2011/cong\\_enfermeria/memorias/confe\\_Centr/conf\\_mar\\_orga\\_sist\\_fried.pdf](http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2011/cong_enfermeria/memorias/confe_Centr/conf_mar_orga_sist_fried.pdf)]

<sup>163</sup> Medicina familiar. [En línea]. Consultado [5 de marzo de 2014]. Disponible en [<http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>]

<sup>164</sup> Ibíd, Medicina familiar.

## 2.4 Efectividad de la funcionalidad familiar en familias colombianas

En la Maestría de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se han realizado varias investigaciones con diferentes familias con: niños, preescolares, adolescentes escolarizados, madres comunitarias y adultos mayores, en los cuales se midió la efectividad de la funcionalidad familiar a través de la Escala de Evaluación de la Efectividad del funcionamiento familiar en diversas partes del país como Bogotá, Sincelejo, Bucaramanga y Boyacá.

### 2.4.1 Efectividad de la funcionalidad familiar

A nivel internacional, un estudio con familias de indigentes que consumían sustancias psicoactivas, en los cuales se realiza una comparación de tres grupos, a uno de ellos, el experimental con los que se desarrollaron ocho sesiones de un modelo con cuatro mediciones del instrumento de la Dra Friedemann, encontró avances significativos en las metas personales y familiares, llegando a concluir que si estas familias buscan ayuda mejoran su funcionalidad familiar pero que son muy pocas las que aceptan un apoyo.<sup>165</sup>

En Colombia existen siete investigaciones del área de la efectividad de la funcionalidad familiar (Anexo P),<sup>166, 167, 168, 169, 170, 171, 172</sup> centradas en familias con preescolares,

<sup>165</sup> FRIEDEMANN Marie-Luise. Evaluation of the Congruence Model with rehabilitating substance Abusers. Int. J. Vun. Stud. • Vol. 31. No. I. pp. 97-108.1994

<sup>166</sup> VILLALOBOS Bertha. Op cit. 2008 p. 95-137

<sup>167</sup> BOLÍVAR Yolima. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados. [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2007.

<sup>168</sup> BOLAÑO Dayana, CORTINA José, VARGAS Sirley. Funcionalidad familiar en niños con dificultades en el aprendizaje escolar en dos instituciones educativas públicas del municipio de Sincelejo. Revisalud Unisucre 2013;1(1):3-10.

<sup>169</sup> VALLE Ruth. Funcionalidad familiar de familias con niños preescolares estudiantes de colegios de Bogotá D.C. 2011. Revista Colombiana de Enfermería. 2012;(7)7:68-74.

<sup>170</sup> GALÁN Edna. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados en el municipio de Paipa [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2008.

<sup>171</sup> OSORNO María. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de la comuna nueve de la zona sur oriental de la ciudad de Sincelejo durante los meses de febrero a junio, 2006 [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2007.

<sup>172</sup> CAMPOS María. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adultos mayores de sesenta y cinco años y menores de ochenta años [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2007.

realizadas en Bogotá, familias con niños entre 6 y 12 años realizada en Sincelejo, familias con adolescentes realizados en Bogotá y Paipa, con madres comunitarias de Sincelejo y con adultos mayores de Bucaramanga, en que se observa total predominio de la percepción de bajo nivel de efectividad en más de la mitad de las familias, especialmente en las familias con niños en Sincelejo (82%) y adultos mayores en Bucaramanga (70%).

En general las familias analizadas en estos estudios se caracterizan en su mayoría por ser familias nucleares, compuestas por 2-6 miembros en la familia, la mayoría de las parejas viven en un unión libre, todas pertenecen a estratos socio-económicos 1 y 2, las mujeres en su mayoría son jefes del hogar y están encargadas del mantenimiento económico, ganando en su mayoría entre un salario y menos de un salario mínimo legal vigente (SMLV), viven en condiciones de hacinamiento e inseguridad en algunos casos, con vulnerabilidad económica como lo expresa uno de estos documentos .

#### **2.4.1.1 Efectividad de la funcionalidad familiar Global**

Los estudios desarrollados en Colombia (ver tabla 2) indican que la mayoría de las familias de Bogotá<sup>173</sup>, Sincelejo<sup>174</sup>, Paipa<sup>175</sup> y Bucaramanga<sup>176</sup> tienen una efectividad de la funcionalidad familiar baja, excepto dos estudios realizados uno en Bogotá y otro en Sincelejo. Afectadas principalmente por las metas de estabilidad y crecimiento específicamente, cuando la familia no logra establecer procesos efectivos en el cambio del sistema, como es el caso de las familias del estudio, se pueden prever dificultades para dar respuestas a las necesidades de sus miembros, aceptar o rechazar nuevos valores y facilitar el crecimiento familiar.

#### **2.4.1.2 Dimensiones familiares**

Frente a las dimensiones familiares los estudios reflejan:

**Dimensión de mantenimiento:** las siete investigaciones presentan alto nivel de efectividad en el mantenimiento de la funcionalidad familiar, caracterizadas por un aprendizaje, de transmisión de conocimientos populares, lo que implica la comunicación efectiva entre sus miembros, uno de los estudios afirma: “las familias protegen la estructura organizacional, sin importar la problemática que estén pasando”<sup>177</sup>, además de

---

<sup>173</sup> BOLÍVAR Yolima. Op cit. 2007. P

<sup>174</sup> BOLAÑO Dayana. Op cit. 2013. P 3-10.

<sup>175</sup> VILLALOBOS B. Op cit. 2009. p 95-137.

<sup>176</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007.

<sup>177</sup> OSORNO M. Op cit. 2007.

lograr realizar actividades de la vida diaria como dormir, alimentarse, bañarse, entre otras de manera independiente. La base para el mantenimiento del sistema familiar se fundamenta en los valores, creencias y prácticas que la familia realiza para la conservación de la salud física y mental, esto revela que, sin importar las situaciones por las que estén pasando, estas familias tienen un alto nivel de percepción por el mantenimiento que les proporciona estabilidad (Tabla 2).

**Dimensión de cambio:** la mayoría de los estudios presenta nivel medio de efectividad funcionalidad familiar, excepto en las familias con adultos mayores que expresan tener un nivel alto en esta dimensión, al parecer las familias trabajan intensamente para generar cambios y la inclusión de nuevos comportamientos que les genere seguridad y autonomía, el estudio con los adultos mayores, reporta que en este sentido se tiene que llevar a los miembros de la familia a “establecer nuevas prioridades en la vida”<sup>178</sup> esto dependiendo del ciclo vital en el que se encuentren, estos resultados sugieren que las familias requieren la apropiación de nuevos conocimientos y nuevas conductas. Sin embargo, un estudio con niños, reporta “la ausencia en niveles de tensión o de infelicidad relevantes que motive a las familias a formalizar cambios dentro de su estructura”<sup>179</sup>.

**Dimensión de individuación:** de los siete estudios sobre efectividad de la funcionalidad familiar realizados en Colombia, en seis predomina el nivel medio de individuación en la efectividad de la funcionalidad familiar, sin embargo el estudio relacionado con las madres comunitarias reporta en esta dimensión un nivel alto, caracterizado principalmente por un alto fortalecimiento del sentido de pertenencia y de compromiso de cada uno de sus integrantes. Sin embargo esta dimensión presenta los más altos porcentajes de nivel bajo, lo que sugiere que en esta dimensión se debe fortalecer la identidad personal a través de la comunicación y fortalecer el desempeño y desarrollo de roles, responsabilidades, talentos, iniciativas y conocimientos que proveen de apertura al entendimiento; el aprender de sí mismo y de otros. A partir de la individuación las personas ajustan sus patrones y ritmos para sentirse conectadas con otros sistemas de su elección, tales como amistades, sitios de trabajo, un grupo étnico, una religión, una ideología y otros. La individuación apunta a la espiritualidad al armonizar al individuo en su relación con otros sistemas<sup>180</sup>.

**Dimensión de coherencia:** de manera general se consideran que estas familias se encuentran en un nivel intermedio y alto en la dimensión de coherencia, dado que dos de los tres estudios en niños y adolescentes realizados en Bogotá revelan un nivel alto de funcionalidad familiar en esta dimensión, al igual que el estudio de madres comunitarias de Sincelejo y los demás estudios de niños y adultos mayores realizados en Sincelejo, Paipa y Bucaramanga revelan un nivel medio de coherencia. Lo que sugiere predominio de relaciones armónicas entre los miembros familiares que facilitan un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor, interés de unos por

---

<sup>178</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007.

<sup>179</sup> VALLE R. Op cit. 2012. p 68-74.

<sup>180</sup> VILLALOBOS B. Op cit. 2009. p 95-137.

otros; compartir valores y creencias que les permite crear vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema. Refleja el interés por los padres por apoyar a los niños, hay un reconocimiento de logros y se dan expresiones de afecto y de cuidado. Sin embargo, es importante reflexionar sobre la dificultad de mantener la unión a través de la expresión de sentimientos y pensamientos, resaltando la necesidad de generar pautas de crianza y el fortalecimiento de valores y creencias que aporten a esas relaciones armónicas en las familias.

#### **2.4.1.3 Metas del sistema.** Frente a las metas familiares los estudios revelan:

**Meta de estabilidad:** en la tabla 5 se observa que en los siete estudios predomina el nivel alto para la meta de estabilidad en la funcionalidad familiar, principalmente en las familias de las madres comunitarias, esto indica que estas familias tienen una buena estructura, organización y comunicación, lo que implica de acuerdo con los estudios que “tienen la más fuerte opción de supervivencia del sistema familiar”<sup>181</sup>, reuniendo sus valores básicos y creencias culturales, desde donde enseña sus patrones tradicionales de funcionalidad a los niños, patrones que luego serán transmitidos de generación en generación.

**Meta de control:** todos los estudios reportan en más de la mitad de las familias alto nivel en la meta de control, principalmente en familias con madres comunitarias (92%) niños prescolares (73%), que muestran como estas familias regulan y reducen las amenazas del medio externo mediante el uso de mecanismos internos colectivos, que reducen la vulnerabilidad y protegen al sistema de las amenazas y así restablecen la congruencia, recuperando la confianza y la autonomía de cada uno de los miembros de las familias; en este aspecto uno de los estudios afirma: “La capacidad de adaptación es uno de los recursos más importantes que la familia tiene que enfrentar constantemente; de igual manera, los procesos de transición o cambios que suceden durante el desarrollo de su ciclo vital acompañado de crisis y conflictos familiares”<sup>182</sup>.

**Meta de crecimiento:** en la mayoría de los estudios se reporta un nivel intermedio, sin embargo dos estudios revelan un nivel alto de crecimiento, uno fue realizado en Bogotá (71%) y el otro en Sincelejo (51%), de acuerdo con Friedemann, el crecimiento es indispensable en circunstancias en que la estabilidad de una persona se haya vuelto incongruente con el ambiente y resulten nuevas actitudes de acuerdo con sus valores y creencias. Resaltando que un poco más de la mitad de las familias tiene la capacidad de realizar cambios que le ayude a superar las crisis familiares<sup>183</sup>, esto a través de los valores inculcados dentro de esta, situación que es difícil en algunas familias, pues de acuerdo con un estudio “se les dificulta realizar una organización básica de los valores y

---

<sup>181</sup> BOLÍVAR Y. Op.cit., 2007.

<sup>182</sup> OSORNO M. Op.cit. 2007.

<sup>183</sup> Ibid. OSORNO M. 2007.

prioridades con el propósito de establecer nuevas actitudes ante muchas de las situaciones y procesos a las que se enfrentan diariamente”<sup>184</sup>.

**Meta de espiritualidad:** la mayoría de los estudios presenta un nivel intermedio en esta meta, excepto en dos estudios realizados familias con mujeres en Sincelejo (76%) y con niños en Bogotá (56%) los cuales presentan un nivel alto de espiritualidad, lo que permite describir que las familias de estos estudios pueden ser unidas, pero presentan dificultades al experimentar una “conexión espiritual entre cada uno de sus miembros, lo que les permitiría una búsqueda activa que emplea el entendimiento y las emociones”<sup>185</sup> en otras palabras tienen lazos de unión que no son lo suficientemente fuertes, como muestras de amor, afecto y cariño.

En conclusión, las familias de la cordillera Central de Colombia de acuerdo a estos estudios generan un alto nivel de mantenimiento, estabilidad y control que les permite responder de manera adecuada a través de pautas y normas a las situaciones de crisis que generen amenazas para su familia, manteniendo su cultura y una calidad de vida que les permita una toma de decisiones adecuada para su contexto. Sin embargo la mayoría de estas familias contempla un nivel intermedio con tendencia a bajar o subir en las dimensiones de cambio, individuación y cohesión y las metas de crecimiento y espiritualidad, lo que deja una tarea ardua pues es en estas donde se debe trabajar con las familias de Colombia, permitiéndoles generar en ellas respeto intrafamiliar, expresiones de cariño y afecto, desarrollo de habilidades personales y roles, salud física, transferencia de conocimientos culturales, comunicación entre otros aspectos que les permitirá llegar a ser familias saludables.

## 2.5 Familias afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca

En Colombia, el 10.5 por ciento de la población se autoreconoce como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, enfrentando condiciones de extrema pobreza y exclusión que deben ser reconocidas y analizadas como un punto de partida para adoptar las acciones correctivas que contribuyan a cerrar las brechas existentes<sup>186</sup>.

La mayor parte de la población afrocolombiana está conformada por mujeres, quienes representan el 50.5 por ciento, del total de la población, por cada 100 mujeres afrocolombianas hay 42 niños menores de 5 años; el índice de envejecimiento indica que

---

<sup>184</sup> BOLAÑO D. Op cit. 2013. P 3 –10

<sup>185</sup> Ibid. BOLAÑO D. 2013. P 3 –10

<sup>186</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2005. [En línea]. [Consultado 2012 agosto 28]. Disponible en: [<http://www.dane.gov.co>].

por cada 100 personas menores de 15 años hay 16 o más mayores de 65, la esperanza de vida de la mujer afro es 66.7 por ciento en relación a la población total<sup>187</sup>.

La tasa de mortalidad infantil para afrocolombianos es 1.78 veces más en los niños y el doble en las niñas respecto a la población general; ante la precariedad de los servicios y la falta de cobertura de los regímenes de aseguramiento, las mujeres siguen asistiendo la salud familiar y comunitaria, a través de sus conocimientos de plantas tradicionales<sup>188</sup>.

En estas poblaciones la morbilidad está dada por el embarazo incidental, hipertensión esencial, infecciones virales o intestinales, parasitosis, diabetes mellitus, entre otras. Son igualmente frecuentes los problemas de desnutrición, Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda, enfermedades que por lo general afectan a niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores, prevenibles en su mayoría o controlables en el caso de las enfermedades crónicas<sup>189</sup>.

Teniendo en cuenta el documento CONPES 3660, para 2005, los 108 municipios con mayor población afro tenían el doble de población pobre que los demás departamentos, con un porcentaje de necesidades básicas insatisfechas de 43.1 por ciento, frente a un 27.8 por ciento del promedio nacional. Además del total de afro que viven en el territorio colombiano el 60 por ciento viven bajo la pobreza y el 24.1 por ciento viven en indigencia; un poco más de la mitad de la población afro de Colombia termina el día sin una de las tres comidas necesarias<sup>190</sup>, sufren importantes rezagos en el acceso a los servicios públicos básicos, la cobertura de agua potable llega a apenas 30 por ciento de la población afrocolombiana, situaciones similares se observan en el acceso a los servicios de vivienda, saneamiento y energía eléctrica.

De acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública<sup>191</sup>, la región Pacífica debe considerarse como una población en condición de vulnerabilidad, dada por las necesidades básicas insatisfechas. En términos generales el panorama se agrava porque en los diferentes sectores de la región se presenta: 1. Incapacidad para identificar los

---

<sup>187</sup> El Plan Nacional de Desarrollo de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010-2014: hacia una Colombia pluriétnica y multicultural con prosperidad democrática. [En línea] Consultado el [09 de junio de 2012]. Disponible en [[http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iiuXj\\_H\\_o4%3D&tabid=273](http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iiuXj_H_o4%3D&tabid=273)]

<sup>188</sup> Ibid. El Plan Nacional de Desarrollo de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010-2014: hacia una Colombia pluriétnica y multicultural con prosperidad democrática.

<sup>189</sup> BARRETO, Yenny. Et al. Op cit Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009

<sup>190</sup> Los afrocolombianos frente a los objetivos de desarrollo del milenio. PNUD. [en línea] Consultado [20 de noviembre de 2012] Disponible en <<http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=66140>>

<sup>191</sup> Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007 Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [en línea]. [Consultado 2012 sep. 15]. Disponible en: <[https://www.healthresearchweb.org/files-/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](https://www.healthresearchweb.org/files-/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)>

enfermos (búsqueda y diagnóstico); 2. Incapacidad para incluirlos bajo tratamiento, una vez identificados (registro, información y notificación); y 3. Incapacidad para mantenerlos bajo tratamiento, una vez incluidos (no adherencia).

El Municipio de Guapi está ubicado en el Cauca (Sur de Colombia) cuenta con una extensión de 2.688 km<sup>2</sup>, según fuentes de la Alcaldía Municipal<sup>192</sup>, limita hacia el norte con el Océano Pacífico y el municipio de Timbiquí; hacia el occidente también con el Océano Pacífico y la isla de Gorgona la cual también hace parte del municipio. Hacia el oriente Guapi limita con los municipios de Argelia y Timbiquí. Por último, hacia el sur, limita con el municipio de Santa Bárbara de Iscuandé, en el departamento de Nariño. Cuenta con una población predominantemente afrodescendiente (84%), la mayor parte de su administración político-administrativa es liderada por Consejos Comunitarios, entidades creadas bajo la Ley 70 de 1993, en el marco de la Ley de Comunidades Negras, y que se distribuyen a lo largo del municipio en seis grandes núcleos, a saber: Alto Guapi, Bajo Guapi, Napi, San Francisco, Guajui, y Chanzara.

Según el Censo General de 2005, aplicado a la cabecera municipal y toda su extensa área rural, que comprende múltiples centros poblados y otras poblaciones dispersas, Guapi cuenta con 28.649 habitantes, de los cuales 16.573 (57.8%) habitan la cabecera del municipio y 12.076 (42%) la zona rural. Para el año 2020, se estima que habrá 30.042 habitantes, 11.583 (61%) distribuidos en el resto rural y 18.459 (39%) en la cabecera. De acuerdo con el censo 2005, el 48 por ciento de la población cuenta con energía eléctrica y tan solo el 18 por ciento cuenta con acueducto, El 2,8 por ciento de los hogares de Guapi tienen actividad económica en sus viviendas. El 12.1 por ciento de las familias cuenta con 5 personas en su núcleo familiar en un rango de 1-10 personas y más en una misma familia<sup>193</sup>.

De acuerdo con los grupos etarios, en este municipio tanto para el año 2005 como para 2013, la población femenina del municipio de Guapi representa aproximadamente 49,9 por ciento del total de sus habitantes y el 50,1 por ciento restante está conformado por población masculina. El 49.6 por ciento del total de la población de Guapi, son personas de 0-17 años, de estas el rango con mayor cantidad de personas es el comprendido en las edades de 6-11 años (17.3%)<sup>194</sup>.

De otro lado, la esperanza de vida, según proyecciones del DANE, en hombre es de 65 años y en mujeres de 71 años, para un promedio de 68 años, aunque internamente se

---

<sup>192</sup> Alcaldía de Guapi-Cauca. Unidos por el cambio. Municipio de Guapi y su administración. 2013. [en línea]. [Consultado 18 sep. 2013]. Disponible en [<http://guapi-cauca.gov.co/index.shtml>]

<sup>193</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Op. cit.

<sup>194</sup> Ibid. DANE.

cree que este valor está por debajo de los 55 años al comparar la cantidad de jubilados, el aumento en la morbi-mortalidad y los asesinatos selectivos<sup>195</sup>.

En cuanto al aspecto económico, en el 2005 el 87,42 por ciento de la población del municipio de Guapi presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), lo que permite inferir que el municipio es el segundo municipio más pobre del departamento<sup>196</sup>, además, su inequidad social los sitúa en el segundo lugar a nivel nacional con los mayores índices de pobreza (LP (Línea de pobreza)/LI (Línea de Indigencia)/-NBI (Necesidades básicas insatisfechas) y puntajes en el ICV (Índice de Condiciones de Vida) comparados con los hogares de población no étnica (población mestiza y blanca)<sup>197</sup>.

El aumento de la población en el casco urbano, a pesar de no tener grandes progresos, se acentúa en un crecimiento de la economía comercial, la búsqueda de mejores condiciones educativas y laborales, e infortunadamente el desplazamiento forzado, que ha convertido a esta zona del municipio en una población receptora de familias, especialmente las que emigran de los pueblos vecinos del departamento del Nariño, y en menor escala la población rural.

Las actividades productivas que se sustentan como base de la economía del municipio de Guapi están estrechamente relacionadas con el sector primario tales como la agricultura del coco, maíz, chontaduro, naidi, arroz, papachina, además de otros cultivos del pancoger familiar; de igual modo se encuentra la producción pecuaria en especial las especies menores de aves y cerdos. En un sector importante de la población de zona rural ribereña, el modo de vida se sustenta en la extracción de los recursos naturales tales como la cacería y la recolección. Es de anotar que el municipio está pasando por una crisis ocasionada por factores como el cambio de actividades productivas, la deserción, el debilitamiento en las costumbres culturales, entre otros.

La pesca ocupa un renglón importante en la economía local con la multivariedad de pescados, los moluscos (piangua, almeja, chorga), y crustáceos, entre otros el camarón. Durante los últimos años se ha implementado la estrategia de la veda del camarón de aguas someras y profundas en procura de mejorar la repoblación y reproducción de la

---

<sup>195</sup> Colombia. Ministerio de Trabajo. Perfil productivo Municipio Guapi. Insumo para el diseño y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. RED ORMET 2013. P 1-132. [en línea]. [Consultado 25 de marzo 2014]. Disponible en [[www.mintrabajo.gov.co/component/.../1607-perfilproductivoguapi.html](http://www.mintrabajo.gov.co/component/.../1607-perfilproductivoguapi.html)]

<sup>196</sup> Ibid. Ministerio de Trabajo, Colombia.

<sup>197</sup> URREA F. VIÁFARA C. Pobreza y grupos étnicos en Colombia: análisis de sus actores determinantes y lineamientos de políticas para su reducción. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad, DNP-BID. Grupo de Investigación CIDSE-IRD sobre estadísticas étnico-raciales; 2005.p. 128. [en línea]. [Consultado 25 Marzo 2014]. Disponible en [<https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/GRUPOS%20ETNICOS.pdf>]

especie. La minería ocupa posiciones importantes de aprovechamiento económico, principalmente en las zonas medias y altas de los ríos, con la explotación de oro y platino. La extracción maderera se ejerce para suplir el mercado local, pero en especial para la región Andina del departamento del valle del Cauca<sup>198</sup>.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, la población rural es ribereña, las densidades demográficas se hallan en las bocananas. La vivienda se adapta a las condiciones ecológicas: se construye en la zona húmeda de la vertiente del Pacífico. Un gran cuarto constituye el cuadrilátero de la vivienda que sirve de almacén, sitio de reunión, comedor, dormitorio y cocina. Carece de instalaciones sanitarias, servicio de agua y defensa contra los insectos, alumbrado eléctrico y los utensilios son pocos<sup>199, 200</sup>.

Las familias en su mayoría no tienen un trabajo estable y por tanto su situación económica no es muy buena, la mayoría de individuos de una familia realizan trabajos informales como vender dulces de coco, artesanías, entre otros, además debido a que la mayoría de alimentos llegan de otra parte, vivir en el municipio para muchos es costoso, los recursos de la población son poco explotados porque existen pocos medios para invertir en proyectos de producción.

Por otra parte, las acciones violentas en el municipio han acarreado que las familias, por miedo, no salgan de sus casas, lo que desencadena un decrecimiento económico y social que perpetúa la desigualdad que existe, la situación de salud no es menor a esta, pues las personas consideran que son muchos los trámites administrativos y legales que deben realizar para poder recibir una atención médica y por ello prefieren acudir a sus sabedores populares, además la información insuficiente o inexacta, la falta de aseguramiento en salud, hace que los usuarios vayan de un lado a otro sin obtener respuesta alguna y no garantiza una atención adecuada y oportuna.

Para las personas que habitan este municipio, la familia es el eje central que posee herramientas necesarias para el desarrollo de las personas y la comunidad. Las familias afrocolombianas guapienses en su mayoría son extensas, en ellas las mujeres desempeñan un papel fundamental porque son las encargadas de la crianza y el mantenimiento familiar mediante trabajos informales; el adulto mayor es respetado y valorado por sus conocimientos ancestrales, a través de ellos persisten sabedores como los remedieros, curanderos, parteros y sobanderos.

---

<sup>198</sup> Alcaldía de Guapi – Cauca, Unidos por el cambio. Op cit.

<sup>199</sup> MOTTA, N. Enfoque de género en el Litoral Pacífico colombiano: Nueva estrategia para el desarrollo. Cali: Universidad del Valle, 1995. 89 p.

<sup>200</sup> REALES L. Racismo y políticas públicas en Colombia. [en línea]. [Consultado 10 Noviembre de 2013]. Disponible en [[http://www.eipcifedhop.org/EIPColombia/2005/afro\\_colombiens/Racismo.pdf](http://www.eipcifedhop.org/EIPColombia/2005/afro_colombiens/Racismo.pdf)].

Con respecto a la familia, un estudio realizado en el 2009<sup>201</sup>, de 103 familias de las que se obtuvo información en el municipio de Guapi, 37 por ciento de las familias están compuestas por siete miembros o más, 17 por ciento por cinco miembros y la proporción de familias compuestas por 10 personas o más alcanza a ser del 14 por ciento. Con respecto a la salud, 61 por ciento de las 592 personas se perciben sanas (364), el 23 por ciento enfermas (136) y el 16 por ciento en riesgo (92). Mientras que las familias nucleares agrupan al 16 por ciento y las nucleares modificadas al 9 por ciento (un total de 32%), las extensas alcanzan a ser casi la tercera parte (32%) y las extensas modificadas el 19 por ciento (un total de 51%), además, las familias atípicas agrupan casi a la cuarta parte del total de las familias ya que configuran el 24 por ciento. En este estudio se destaca principalmente que 71 por ciento, son familias de alto riesgo, 7 por ciento de bajo riesgo y 22 por ciento de un riesgo medio o moderado. Finalmente, cabe resaltar que 38 por ciento de las familias tiene una mujer como cabeza de hogar y 33 por ciento tuvo ganancia o pérdida de sus miembros, comprobando así que estas familias son inestables.

Además, las Prácticas de salud de estas familias están influenciadas especialmente por el manejo inapropiado de Control Médico General (CMG)/nutrición (55%), déficit en el cuidado de menores de cinco años (13%), manejo inapropiado de perinatales/salud de la mujer (13%). En cuanto a los Servicios de salud y la familia, se destaca la inaccesibilidad a servicios de salud (60%), ausencia de información (60%), ausencia de oferta de programas relacionados con la salud (62%), falta de saneamiento ambiental (60%), ausencia de seguimiento a enfermos o dependientes (53%) y la insatisfacción con los servicios de salud disponibles (73%)<sup>202</sup>. Estas familias se mantienen unidas por la colaboración y el servicio, la visita a los enfermos forma parte de un compromiso social. Por lo cual, “se debe propiciar un diálogo constante entre el saber profesional y el popular, así como el desarrollo de estrategias conjuntas que posibiliten la mediación cultural, que, por consiguiente, apunten al desarrollo de los objetivos del milenio”.

Por otra parte en otros estudios realizados en el Municipio de Guapi-Cauca, los autores concluyen que estas familias presentan la necesidad de recibir apoyo especialmente los cuidadores en la provisión del cuidado propio y de los demás; además, de necesidades específicas frente a la educación, acceso y control de la natalidad<sup>203</sup>; estas familias se caracterizan como de alto riesgo (71%), existe un ingreso escaso para necesidades de salud (72%), reflejan situaciones de pobreza considerada esta como ingreso menor que las Necesidades Básicas Insatisfechas (68%); el jefe de hogar sin empleo/fam (57%). También se presenta carencia de servicios públicos (82%) condiciones insalubres del vecindario (58%) y presencia de problemas de higiene/organización deficiente del hogar

---

<sup>201</sup> BARRETO, Yenny. Et al. Caracterización de las familias afrocolombianas con adultos mayores del área urbana del municipio Guapi Cauca. 2009

<sup>202</sup> Ibid. BARRETO Yenny et al. Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009.

<sup>203</sup> LÓPEZ W, et al. Necesidades en el contexto de familias afrocolombianas con ancianos Municipio Guapi-Cauca. Op cit. 2009.

(41%)<sup>204</sup>. Situación que provoca en la comunidad en general enfermedades intestinales, de piel, respiratorias entre otras que afectan no solo la salud, también sus actividades diarias para conseguir alimentación para sí mismo y su familia

Es importante resaltar que en estas familias existen necesidad de protección y atención integral para ancianos en condición de abandono y discapacidad, en la cual los autores recalcan la necesidad de construir medidas de gestión encaminadas a la generación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tanto al adulto mayor sano o en situación de discapacidad, lo anterior enmarcado en los valores de una familia como respeto, amor, unión, responsabilidad, tolerancia, además del rescate de los valores culturales; necesidades de dominio intersectorial como promover respeto por la figura del adulto mayor y la transmisión de saberes para el mantenimiento y transmisión de aspectos claves de la cultura; necesidad de acciones encaminadas al fortalecimiento de las redes familiares y al apoyo de mujeres madres solteras y cabeza de hogar; necesidades orientadas a la atención y apoyo de las familias desplazadas que garanticen la protección de sus derechos y una vida digna.

De acuerdo con sus creencias, estas familias se categorizan en restrictivas o que hacen daño para el cuerpo, como en las mujeres embarazadas se les restringen el consumo de carnes de algunos animales, ya que estos alimentos son considerados “fuertes” para el recién nacido, la píldora anticonceptiva es considerada por ellos como la causante del cáncer en las mujeres y disminución del deseo sexual. Cuando la familia determina que el problema de un niño es el “mal de ojo” se abstienen de suministrar los antibióticos recetados por el médico pues temen que el niño pueda morir, ya que ellos consideran que “la enfermedad es celosa frente al conocimiento occidental”<sup>205</sup>.

De acuerdo con las creencias tabú (cuidarse de lo que hacen otros), para los guapireños la salud y la vida puede estar influenciada por acontecimientos de orden sobrenatural y místico, de seres no humanos que al parecer se transforman y coexisten con la gente del común disfrutando de dones especiales y que pueden castigar comportamientos inapropiados, ocasionar alteraciones de la salud física o mental, e incluso comprometer la vida; para los guapireños descifrar el significado de los sueños se constituye en una herramienta para evitar, explicar o predecir situaciones, lo que puede representar la presencia de buena o mala suerte, aparición de enfermedades, desgracias, muertes o problemas, hallazgos similares se han encontrado en investigaciones con otras culturas latinoamericanas<sup>206</sup>.

---

<sup>204</sup> Ibid, LÓPEZ.

<sup>205</sup> DELGADO Mario F, CALVACHE José A, SILVA Carolina. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. 2011. Antipoda, Revista de Antropología y Arqueología.(3). 2006. P 227-254. [en línea]. [Consultado 10 noviembre de 2013]. Disponible en <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/105/index.php?id=105>>

<sup>206</sup> SALAS A. Guardiania del espíritu de un machi y sus sueños. Index Enferm. 2007. vol. 16 (57). [en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en [[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200014&lng=es)]

De acuerdo con las creencias prescriptivas los guapireños acuden a recetas caseras, plantas, comidas especiales y rezos para establecer o mantener un buen estado de salud. Según López et al,<sup>207</sup> “Estas creencias construyen una trayectoria de cuidado en las cuales las explicaciones frente a su bienestar y salud están permeadas por un mundo mágico. Esta forma de pensamiento establece los síntomas y las formas de tratamiento, además de reconocer a ciertos miembros de la comunidad como los adecuados para enfrentar estos procesos”. La comprensión y el diálogo del saber popular deben conducir a la prestación de servicios de salud que incorporen el universo subjetivo de los usuarios o comunidades para fortalecer sus capacidades y ponerlas al servicio del avance del conocimiento, los autores concluyen en este artículo que esta perspectiva de ver el mundo debe involucrarse no solo en la salud pública, o los niveles primarios de atención, sino también los niveles de atención en salud de mayor complejidad.

En conclusión, las familias guapireñas se caracterizan por ser extensas, donde la mujer juega diferentes roles como madre, hija, esposa o cónyugue, jefe de hogar y encargada del mantenimiento del mismo, son familias pobres, muy pocas personas cuentan con un trabajo estable, lo que implica que estén día a día en lo que ellos denominan el “rebusque”. Aun mantienen ciertos aspectos de su cultura como son los remedios, curanderos y parteros, con creencias específicas, donde su última opción en búsqueda de ayuda es la medicina occidental, sin embargo la violencia en el municipio ha desplazado muchos aspectos de su vida como el territorio, la economía, la cultura y en parte su felicidad. Son familias de alto riesgo porque además de presentar lo anteriormente descrito, falta de acceso servicios de salud, falta de agua potable y alcantarillado, falta de empleo, falta de subsidio de atención para adulto mayor, falta de empoderamiento, falta de unidad e igualdad, amor, respeto y fortaleza, enfermedades prevenibles como EDA, IRA, paludismo entre otras, lo que implica una prevalencia de enfermedades transmisibles, que comparado con los datos a nivel mundial son diferentes, en general existe una falta de atención a niños, mujeres y adultos, entre otras características que hacen vulnerables a estas familias.

---

<sup>207</sup> CASTELLANOS Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

## Capítulo 3: Marco de Diseño

En este capítulo se presentan los elementos metodológicos definidos para dar respuesta a la pregunta de investigación y desarrollar los objetivos de la misma.

Se describe en primer lugar el tipo de estudio y las hipótesis que orientan el trabajo, para presentar luego las variables y covariables con sus respectivas definiciones operacionales y escalas de clasificación. Posteriormente se presenta la población, muestra, criterios inclusión y exclusión; intervención; prueba piloto; instrumentos; procesamiento de datos, riesgos, consideraciones éticas y limitaciones.

### 3.1 Tipo de estudio

La presente investigación se realizó en dos fases.

**Fase 1. Estudio cualitativo, tipo Investigación Acción Participación:** como una metodología que apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social y una participación activa de las familias<sup>208</sup>, donde se construyó la propuesta del Centro de Desarrollo Humano Comunitario, con 4 proyectos dirigidos a familias extensas con adultos mayores donde se capacitaron 4 líderes comunitarias para la aplicación de la propuesta total.

En este estudio solo se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la propuesta del programa con tres de los cuatro proyectos establecidos con la metodología IAP (anexos A, B, C), dirigidos a 50 familias extensas y aplicadas específicamente con los adultos mayores funcionales, mujeres y niños de las respectivas familias, fueron aplicados en todos los casos por dos líderes comunitarias.

La construcción colectiva del programa se realizó desde la perspectiva de la APS, la IAP y el contexto cultural, donde los expertos son la comunidad, profesionales de la salud e instituciones, quienes desde su cotidianidad y visión del mundo tienen la capacidad de

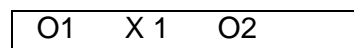
---

<sup>208</sup> MARTÍ J. La investigación-acción participativa: estructura y fases. [En línea] Consultado [16/04/2014] Disponible en: [http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/InvestigacionColaborativa.pdf]

examinar, reflexionar y participar en la transformación de la realidad. Parten de planear, desarrollar y evaluar acciones en entornos saludables, donde involucran no solo el espacio físico, sino el trabajo con las familias y la comunidad basadas en las necesidades, percepciones, creencias y acciones frente a la salud<sup>209</sup>. Se utilizaron como herramientas las entrevistas semiestructurada, grupos focales, cartografía social y diarios de campo.

**Fase 2. Estudio Cuantitativo, Cuasi experimental:** sin grupo control, entendido como un conjunto de procedimientos o estrategias de investigación orientado a la evaluación del impacto de los tratamientos en aquellos contextos donde la asignación de las unidades no es al azar, y al estudio de los cambios que se observan en los sujetos en función del tiempo. Este tipo de análisis carece de propiedades adicionales que caracterizan los estudios experimentales que son las muestras aleatorias y el grupo control<sup>210</sup>. A continuación se muestra gráficamente el estudio que aquí se plantea:

Grupo de intervención



Donde  $O_1$  es la observación inicial,  $X1$  es la intervención y  $O_2$  la observación final realizada 6 semanas después de  $O_1$ . Se observa entonces que este diseño cuasiexperimental hace las mediciones en dos momentos –al iniciar y al finalizar la implementación del modelo–, con el fin de analizar las relaciones entre la implementación del Programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias”(variable independiente) y su efecto sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, (variable dependiente) de las familias residentes en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. Este tipo de diseño fue elegido porque es sencillo al estudiar una intervención, es útil para estudiar problemas en los cuales no se puede tener control absoluto de las<sup>211</sup>, permite resaltar el trabajo con grupos desfavorecidos o vulnerables, por cuanto comprende que las situaciones y contextos que influyen en los resultados de la investigación no pueden ser absolutamente controlados por la investigadora, además permite determinar la efectividad de evaluación de programas e

---

<sup>209</sup> BARRETO Z Yenny Marcela, VELÁSQUEZ Vilma F. Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación – acción- participativa. Entregado revista de salud pública. 2014.

<sup>210</sup> SHADISH William, COOK Thomas, CAMPBELL Donald. Experimental and Quasimental designs or Generalized Causal inference. New York: Houghton Milin Company; 2002. P 1 -81. [en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en <https://depts.washington.edu/methods/readings/Shadish.pdf>

<sup>211</sup> SEGURA Angela. DISEÑOS CUASIEXPERIMENTALES. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia Julio de 2003. [en línea]. [Consultado 02 Julio 2014]. Disponible en [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos\_cuasiexperimentales.pdf]

identificar los cambios derivados de una intervención, y utilizar estrategias para disminuir los posibles errores<sup>212</sup>.

A través de los cuasiexperimentos es posible inferir relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, pero su probabilidad de ser verdadera es relativamente baja en comparación con los diseños experimentales verdaderos<sup>213</sup>.

## 3.2 Hipótesis del proyecto

### Hipótesis 1

Ho: La aplicación de la propuesta del programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” no tiene efecto sobre percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

Ha: La aplicación de la propuesta del programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

### Hipótesis 2

Ho: La aplicación de la propuesta del programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” no tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en las mujeres de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

Ha: La aplicación de la propuesta del programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en las mujeres de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

### Hipótesis 3

Ho: La aplicación de la propuesta del programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” no tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en los adultos mayores Independientes de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

---

<sup>212</sup> BONO Roser. Diseños cuasi-experimentales. Dpto. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento Universidad de Barcelona [en línea]. [Consultado 02 Julio 2014]. Disponible en [[http://www.ub.edu/deia/archivos/111006211920\\_Disenos\\_cuasi\\_1\\_WOP\\_P.ppt](http://www.ub.edu/deia/archivos/111006211920_Disenos_cuasi_1_WOP_P.ppt)].

<sup>213</sup> SEGURA, Op cit.

Ha: La aplicación de la propuesta del programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en los adultos mayores Independientes de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

### 3.3 Definición y operacionalización de las variables del estudio

A continuación se presentan los conceptos y escalas de clasificación y operacionalización de las variables independiente y dependiente implicadas en el estudio, así como las covariables que lo afectan, es decir aquellas variables externas que pueden influir positiva o negativamente en los efectos de la propuesta de un programa y que aunque algunas de ellas están delimitadas, no son absolutamente controladas, tales como la variabilidad de la edad, el género, nivel de escolaridad, la comorbilidad, etc.

En las siguientes tablas se organizan en una primera columna la variable independiente (programa) y dependiente (efectividad de la funcionalidad familiar), frente a las cuales se encuentra la definición conceptual, es decir el significado de la variable que para efectos del presente estudio es tomada en cuenta. En la tercera columna se describe la escala de clasificación de cada variable o de grupos de variables, es decir, el valor nominal que se asigna a la variable según sus características y forma de evaluación.

#### 3.3.1 Variable Independiente

**Tabla 1. Definición conceptual de la variable independiente**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Propuesta del Programa Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias	Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones intersectoriales, culturalmente competentes, desarrolladas por líderes comunitarias, en la propuesta en marcha del programa: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, creado con participación de la comunidad y referida a tres proyectos específicos : 1. “Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud del adulto mayor funcional en el ancianato, calle y parque”; 2. “Con Fuerza y alegría echamos pa'lante en familia la salud de las mujeres en la casa de la cultura y el trabajo” y 3 “Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud, en la escuela de los niños” a fin de mejorar la funcionalidad familiar, integración con servicios sociales y de salud, la competencia cultural y la participación comunitaria.

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

### 3.3.2 Variable dependiente

La efectividad de la Funcionalidad familiar es la variable dependiente, en tanto las hipótesis alternas sugieren que la aplicación de la propuesta del Programa Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias, puede afectar positivamente la efectividad de la funcionalidad familiar

**Tabla 2.** Definición conceptual y escalas de clasificación de las variables dependientes

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE CLASIFICACIÓN
La efectividad de la Funcionalidad familiar	Es el conjunto de funciones a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de la familia, comprende aspectos afectivos, de socialización, de cuidado de la salud, de la reproducción y económicos, conforme a las normas de la sociedad en la cual se desarrolla <sup>214</sup>	Puntaje Global: De 20 a 50 puntos: Bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. De 51 a 55 puntos: Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. De 56 a 60 puntos: Alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar.

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

### 3.3.3 Covariables relacionadas con las familias extensas afrocolombianas

Se denominan covariables a aquellas variables externas que pueden influir positiva o negativamente en el efecto de la propuesta del Programa, y aunque algunas de ellas están delimitadas, no son absolutamente controladas por el investigador. En la siguiente tabla se presentan las covariables

---

<sup>214</sup> FRIEDEMANN, Marie-Luise. Op cit. 1995. p. 4-16.

**Tabla 3.** Definición conceptual y escalas de clasificación de las covariables relacionadas con las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca

COVARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE CLASIFICACIÓN
Grupo de Edad	Rango al que pertenece la edad en años cumplidos de cada participante	Niños: 7 -12 años Mujeres: 19 a 59 años Adulto mayor: de 60 años.
Sexo	Categoría que indica desde la parte biológica a los seres humanos, la posibilidad de ser hombres y mujeres	Niños: Hombres Mujeres Adulto Mayor: Hombres Mujeres

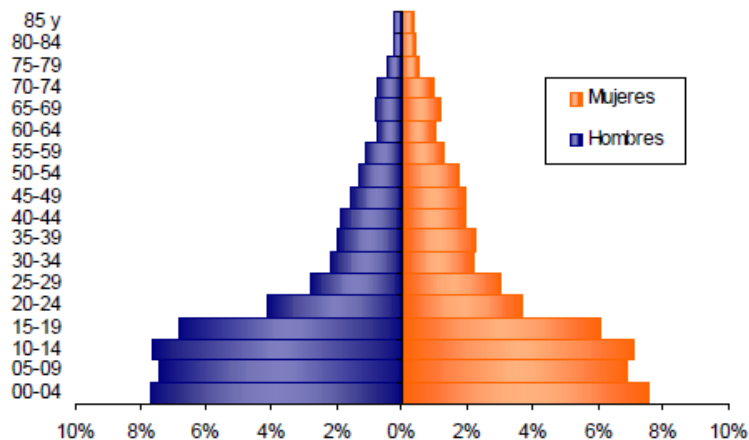
**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

### 3.4 Población sujeto del estudio

La población de referencia para este estudio son las 200 familias afrocolombianas de la Zona urbana del Municipio de Guapi-Cauca, quienes se encontraban en sus casas en el momento del censo, realizado durante los meses de junio-octubre del año 2013.

Por ello, a continuación se presenta una breve descripción de las características físico-ambientales, sociales y demográficas del municipio que permite contextualizar la situación de las familias que participaron en este estudio

Según el Censo del 2005, el Municipio de Guapi cuenta con una población de 28.663 habitantes aproximadamente, de los cuales 56.8 por ciento de la población (16.273) se encuentra ubicada en el área urbana y 43.2 por ciento (12.390) en el área rural. El promedio de personas por hogar es de 5.5, en la cabecera es de 6.1 y el resto de 4.8 personas.

**Gráfico 3-1.** Estructura de la población por sexo y grupos de edad en Guapi-Cauca

**Fuente:** DANE 2005.

A partir de este contexto y población de referencia se planean y ejecutan los procedimientos para captar el grupo de participantes del estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión que a continuación se presentan.

### 3.5 Muestra

**Fase 1. Construcción de propuesta:** En esta fase se constituyó el grupo IAP, conformado por 14 Familias del Municipio de Guapi-Cauca, 4 líderes comunitarias, 1 Docente del Centro de Formación Juan Pablo II, 1 Representante de Fundación FFUNDAMOR y la Joven investigadora de Colciencias- Universidad Nacional de Colombia. Los encuentros se realizaron de forma presencial y virtual. Además, se estableció la Comisión de Apoyo y Seguimiento (CAS) conformada por representantes de instituciones como la Alcaldía Municipal y Secretaria de Salud del Municipio de Guapi-Cauca, Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR y Universidad Nacional de Colombia, quienes buscaron garantizar la realización del proyecto, a través de un apoyo y seguimiento permanente, analizando y definiendo compromisos frente a la propuestas generadas por el grupo IAP.

**Fase 2. Ejecución de la propuesta CDHC:** Muestra por conveniencia de 50 familias extensas afrocolombianas de la Zona urbana del Municipio de Guapi-Cauca, que participaron en el censo realizado previamente, que cumplen con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento. John Cresell (2008) lo define como un procedimiento de muestreo de tipo cuantitativo en donde el investigador selecciona los participantes, ya que están dispuestos, disponibles y acepten voluntariamente participar en el estudio.

### **3.6 Criterios de Inclusión**

- Pertener a Familias extensas afrocolombianas, con niños escolares entre 7 y 12 años, sus madres y abuelos adultos mayores de 60 años independientes, que puedan realizar actividades de la vida diaria y salir de la casa.
- Permanencia en el Municipio de Guapi mayor a 1 año.
- Familias que quieran participar voluntariamente del estudio

### **3.7 Criterios de Exclusión**

- Familias nucleares
- Familias que no vivan en el Municipio de Guapi-Cauca
- Familias que no deseen participar del programa
- Familias con adultos mayores en situación de dependencia
- Familias con niños menores de 7 años y mayores de 12 años.

### **3.8 Intervención**

**Fase 1. Construcción de propuesta:** Para el diseño de la propuesta del programa: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, se trabajó con el Grupo IAP y Comisión de Apoyo y Seguimiento (CAS), se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

#### **3.8.1 Capacitación de dos líderes en salud sobre Competencia Cultural**

Dos líderes en salud y la investigadora se capacitaron en competencia cultural en el grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud a través de procesos de reconocimiento, lectura de documentos, y desarrollo de tres guías de competencia cultural, que permitió analizar la conciencia cultural, sensibilidad cultural, conocimiento cultural, habilidad cultural, encuentros culturales y deseo cultural.

#### **3.8.2 Desarrollo de la Investigación Acción Investigación**

Con participación comunitaria se elaboró la propuesta de programa de APS. Para esto, como se mencionó anteriormente, se constituyó el grupo IAP y la Comisión de Apoyo y Seguimiento (CAS), quienes construyeron la propuesta con apoyo y seguimiento permanente, analizando y definiendo compromisos frente a las propuestas generadas por el grupo IAP.

Durante esta fase se logró identificar el significado de salud, enfermedad y familia para las familias afrocolombianas del Municipio Guapi-Cauca. Las reuniones con el grupo IAP logró identificar la trayectoria de cuidado de las familias, priorizar necesidades y a partir de ellas buscar el fortalecimiento de las capacidades propias en las familias. Posterior a esto, se construyó la propuesta del programa CDHC, se hizo análisis y revisión con las líderes, grupo IAP y CAS. Con un total de 12 reuniones se logró estructurar la propuesta final.

**Fase 2. Ejecución de la propuesta CDHC:** Desarrollo de la propuesta del programa CDHC, con tres proyectos dirigidos a los niños, madres y adultos mayores funcionales de 50 familias extensas guapienses. (ANEXO A, B, C)

### **3.8.3 Capacitación de dos líderes en la ejecución de la propuesta del programa CDHC y diligenciamiento de instrumentos ASF-E 20**

Con el fin de garantizar la adecuada preparación de los procedimientos y recursos materiales y humanos para la implementación de la propuesta de Programa de Atención Primaria CDHC. Este proceso de capacitación y entrenamiento estuvo a cargo de la investigadora.

El proceso tuvo una intensidad de 72 horas, distribuidas en 12 días, en los que se desarrollaron las siguientes actividades:

- Exposición de los encuentros de manera teórica
- Práctica de la forma de realizar los encuentros
- Lectura y realización de una prueba piloto de los instrumentos aplicados
- Evaluación de conocimientos y habilidades en la aplicación de la propuesta CDHC, en tres aspectos:

Funcionalidad Familiar: Mediante estudios de caso entregados previamente a las dos líderes comunitarias en salud (auxiliares de enfermería). Se realizó una evaluación oral que incluyó la valoración, abordaje de problemáticas familiares más frecuentes, resolución de inquietudes y posibles situaciones que se presenten en cada grupo: niños, mujeres madres y adultos mayores.

Competencia Cultural, los sociodramas, permitieron evaluar la sensibilidad, habilidad, deseo, encuentro, conocimientos y conciencia cultural

Participación comunitaria: que consistió en realizar compromisos individuales, familiares y colectivos con el fin de asumir responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la posibilidad de contribuir a su propio desarrollo y el de la comunidad. En cada sesión se asignó un compromiso, que permitió evaluar

### **3.8.4 Realización de Censo de familias extensas guapiereñas**

Para la captación de las familias se efectuó primero un censo a 200 familias (ejecutado por la investigadora y las dos líderes comunitarias en salud durante los meses de junio-octubre del año 2013. Se utilizó un cuestionario construido previamente con datos sociodemográficos de las familias y número de miembros de cada familia. Para esto se llevó a cabo el siguiente procedimiento: (Anexo D)

- a. Construcción del cuestionario en colaboración del Grupo de Cuidado Cultural de la Salud
- b. Se realizó georreferenciación de los 12 barrios del Municipio de Guapi-Cauca
- c. Cada líder se distribuyó responsabilidades realizando el Censo a 6 barrios del Municipio con apoyo de la investigadora.
- d. Realización del Censo a 200 familias que se encontraban en casa al momento de hacer el Censo, esto con el fin de realizar dos proyectos, uno con familias extensas con adultos independientes y otro con familias con adultos dependientes. En este estudio solo se dan los resultados obtenidos en la aplicación de los proyectos con las familias extensas con adultos mayores independientes.
- e. Revisión, Tabulación y análisis de las familias entrevistadas en el censo, encontrando que 63.6 por ciento son mujeres y 36.4 por ciento son hombres; el 75.3 por ciento de los adultos mayores que comprenden estas familias no presentan ningún tipo de discapacidad.
- f. Se realiza la depuración de listados.

### **3.8.5 Aplicación de Prueba Piloto**

La aplicación de la prueba piloto de la propuesta del programa de APS por parte de las líderes se realizó con cuatro familias del municipio de Guapi-Cauca que voluntariamente aceptaron participar. Esta experiencia permitió ajustar las actividades teniendo en cuenta las observaciones realizadas por las líderes en los diarios de campo y de manera personal teniendo en cuenta los principales logros como el manejo del tiempo, lenguaje, cambios en algunas dinámicas por la motivación que generaba en las personas, el hacer que una persona analfabeta lograra entender cada dinámica planteada en los encuentros a través de el lenguaje verbal y no verbal, disminuyendo las dinámicas en las cuales debían escribir o leer, además permitió identificar la necesidad de intervención desde el inicio de las instituciones sociales y de salud, entre otras, y dificultades como el tiempo de las mujeres para su participación dadas las múltiples ocupaciones, y el desplazamiento de los niños al punto de encuentro.

En conclusión, la prueba piloto permitió el afinamiento de datos y contenidos de las sesiones, donde se vio los beneficios de cada proyecto según niños, mujeres madres y

adultos mayores independientes, se ajustaron contenidos y actividades acordes a la cultura guapireña.

### **3.8.6 Gestión de Servicios Sociales y de Salud**

Se realiza una socialización de la propuesta del programa a los diversos servicios sociales y de salud que se encuentran en el Municipio de Guapi y que quisieron voluntariamente participar de desarrollo de la propuesta, a lo cual se logró contar con el apoyo de 16 (dieciséis) instituciones dentro de las cuales se encuentran 6 (seis) gubernamentales y 10 (diez) particulares que fortalecieron el desarrollo de la propuesta y que hacen parte del constructo.

**Selección de familias –muestra.** Se seleccionaron las 50 familias que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaron voluntariamente participar, firmando el consentimiento informado mediante una visita domiciliaria realizada a cada familia.

### **3.8.7 Aplicación de la propuesta del programa CDHC**

Para la aplicación de la propuesta del programa se solicitó a la Fundación FFUNDAAMOR tres espacios (Centro de Formación Humana Juan Pablo II, Centro de atención al adulto mayor San Joaquín y Santa Ana (ancianato), Casa Cultural Guasa para trabajar con los niños, los adultos mayores y las mujeres de estas familias respectivamente

El tiempo total de aplicación de la propuesta de un programa fue de 10 semanas. La aplicación de la propuesta de un programa comenzó con una visita a la familia, (denominado Encuentro cero (0)), que consistió en la presentación general del la propuesta de un programa a las familias, obteniendo en este encuentro la firma del consentimiento informado y asentimiento por parte de los niños y la citación de cada uno de los participantes al primer encuentro, dependiendo el día de encuentro según proyecto dirigido a los niños, las mujeres y los adultos mayores.

La propuesta del programa consta de 6 encuentros en cada proyecto, donde los encuentros se realizan con intervalo de ocho días y con una duración promedio de 2 horas por encuentro, aunque este tiempo varía dependiendo de la complejidad de los temas, participación de las personas, condiciones del entorno y del miembro de la familia que asiste

## **3.9 Instrumentos utilizados en el estudio**

Para la recolección de los datos, la autora hizo una búsqueda de literatura de instrumentos que han sido aplicados en otros programas de atención primaria con familias. Fue seleccionado un instrumento que cuenta con validez aceptable y validación del instrumento en español: Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EEF 20), que mide la funcionalidad familiar el cual fue autorizado por la autora (Anexo E);

Otros instrumentos utilizados fueron: el Formato de identificación de las familias que permite recolectar los datos demográficos y socioeconómicos de las familias, Registros de seguimiento y Registro en diario de campo. (Anexo F)

La aplicación del instrumento se desarrolló antes y después de la aplicación de la propuesta del programa.

### **Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E 20)**

La Escala de efectividad de la funcionalidad familiar fue traducida al español por el Departamento de Idiomas de la Universidad Nacional de Colombia en 2006, posteriormente el grupo académico de familia de la Facultad de Enfermería de la misma Universidad determinó la validez facial del instrumento con la participación de 30 expertos y 30 familias<sup>215</sup>.

Esta escala es útil para una evaluación de la salud familiar, está compuesta por cuatro dimensiones (individuación, cambio, mantenimiento y cohesión) que comprenden cuatro metas (estabilidad, espiritualidad, control y crecimiento). Los miembros de la familia que marcan declaraciones de algunos aspectos de la funcionalidad familiar, clasificadas de acuerdo con un nivel de efectividad de la familia, el puntaje máximo es de 60 puntos y el mínimo es de 20 puntos, clasificados así: Bajo: 20 -50 puntos; intermedio 51- 55 puntos; y alto 56-60 puntos<sup>216</sup>. Esta ha sido tenido una validez de constructo, de contenido y concurrente con un coeficiente del alfa de Cronbach de 0.60 -0.84, el contenido de este instrumento parte de la Teoría de la Organización Sistémica saliendo del concepto de homeostático, sistema morfogenico; morfogénesis individual y de apoyo externo<sup>217</sup>

El instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar de Marie-Louise Friedemann busca revisar los procesos (dimensiones) de coherencia, individuación, cambio y mantenimiento y las metas de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad en las familias. (Anexo G)

En la tabla 4 se describen las dimensiones que conforman la teoría, los ítems del instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) que hacen parte de cada dimensión, el puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto.

---

<sup>215</sup> 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. p. 3.

<sup>216</sup> VALLE R. Op cit. 2001. p 67.

<sup>217</sup> Ibid. VALLE, 2001. p 67.

**Tabla 4.** Dimensiones e ítems del instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) y puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto.

Dimensión	Ítems que hacen parte de la dimensión	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Categorías por dimensión	Determinación de categorías por dimensión de acuerdo al puntaje obtenido
Coherencia	1, 5, 10, 15, 18	5	15	Baja	De 5 a 8 puntos
				Intermedia	De 9 a 12 puntos
				Alta	De 13 a 15 puntos
Individuación	3, 7, 12	3	9	Baja	De 3 a 5 puntos
				Intermedia	De 6 a 7 puntos
				Alta	De 8 a 9 puntos
Cambio	4, 8, 13, 17, 20	5	15	Baja	De 5 a 8 puntos
				Intermedia	De 9 a 12 puntos
				Alta	De 13 a 15 puntos
Mantenimiento	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19	7	21	Baja	De 7 a 11 puntos
				Intermedia	De 12 a 16 puntos
				Alta	De 17 a 21 puntos

La tabla 5. Presenta las metas que conforman la teoría, los ítems del instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) que hacen parte de cada dimensión, el puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto.

**Tabla 5.** Metas e ítems del instrumento de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) y puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto.

Meta	Ítems que hacen parte de la meta	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Categorías por meta	Determinación de categorías por meta de acuerdo al puntaje obtenido
Estabilidad	1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19	12	36	Baja	De 12 a 20 puntos
				Intermedia	De 21 a 28 puntos
				Alta	De 29 a 36 puntos
Crecimiento	3, 4, 7, 8, 12, 13, 17, 20	8	24	Baja	De 8 a 13 puntos
				Intermedia	De 14 a 19 puntos
				Alta	De 20 a 24 puntos

**Tabla 5. (Continuación)**

Meta	Ítems que hacen parte de la meta	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Categorías por meta	Determinación de categorías por meta de acuerdo al puntaje obtenido
Control	2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20	12	36	Baja	De 12 a 20 puntos
				Intermedia	De 21 a 28 puntos
				Alta	De 29 a 36 puntos
Espiritualidad	1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 18	8	24	Baja	De 8 a 13 puntos
				Intermedia	De 14 a 19 puntos
				Alta	De 20 a 24 puntos

En el caso de la percepción de funcionalidad familiar desde escala global, se debe considerar la siguiente información:

**Tabla 6.** Puntaje Global de Efectividad en la funcionalidad familiar (ASF-E 20) y puntaje mínimo y máximo, además de la puntuación por categorías o nivel bajo, medio y alto.

Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Categorías de la escala global	Determinación de categorías en la escala de acuerdo al puntaje obtenido
20	60	Baja	De 20 a 50 puntos
		Intermedia	De 51 a 55 puntos
		Alta	De 56 a 60 puntos

### 3.10 Procesamiento de datos

#### 3.10.1 Fase 1

La información recolectada a través de las herramientas cualitativas fue transcrita y organizada por la investigadora, posteriormente se realizó una codificación que permite organizar en un formato las categorías y subcategorías e identificar las necesidades, capacidades y hacer una descripción de cómo son percibidas estas por las familias. Parten de planear, desarrollar y evaluar acciones en cada entorno saludable, donde involucran no solo el espacio físico, sino el trabajo con los diferentes miembros de las familias y la comunidad, basadas en las necesidades, percepciones, creencias y acciones frente a la salud.

Se organizó en 4 Pasos: 1. Preparación del campo. 2. Aproximándose al universo de las familias afrocolombianas del municipio de Guapi. 3. Construyendo la propuesta. 4. Evaluación, informe final y socialización de resultados.

Siempre se realizó con análisis de la devolución de la información a la comunidad, los cuales validan los datos o realizan modificaciones según su cultura, buscando el mejoramiento de las necesidades encontradas y el desarrollo de potencialidades, este proceso tuvo una duración aproximada de 12 meses.

### 3.10.2 Fase 2

La información recolectada por los instrumentos fue codificada y se elaboraron tres bases de datos de las familias correspondientes a: niños, mujeres y adultos mayores.

Posteriormente fue procesada esta información en el paquete estadístico “SPSS” en su versión 19. Como guía de análisis se utilizaron los datos de caracterización de las familias: miembros de cada familia, edad, sexo, tipología familiar, ocupación, situación económica, así como funcionalidad familiar, dimensiones y metas familiares, incluidos en el ASF-E 20.

Para la presentación de los resultados ASF-E 20 se utilizaron varios cálculos como son frecuencias, distribución de frecuencias, máximos y mínimos, prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras pareadas, correspondientes a la prueba pre y post en cada uno de los tres grupos

Al tiempo que se presentan los resultados, se muestra la discusión que es la relación de lo encontrado en la investigación, con otros estudios y la literatura. Además expresa el aporte del investigador al entendimiento del fenómeno estudiado.

Nótese que con base en la información suministrada en las tablas 7 y 8 se observa que al medir la meta de estabilidad, también se están midiendo las dimensiones de mantenimiento y coherencia de manera simultánea. Lo mismo ocurre con crecimiento e individuación y cambio, control y cambio y mantenimiento y con espiritualidad y coherencia e individuación. Así, se realizaron diagramas de dispersión que relacionaran cada de las metas con sus correspondientes dimensiones. En ellos se buscó encontrar si había indicios de relación lineal entre estas últimas y aquellas; esto es, a medida que aumenta el puntaje de una meta, también lo hace el puntaje en sus correspondientes dimensiones.

Posteriormente se comparó la percepción de la funcionalidad familiar antes de la intervención (pre) y luego de la realización de la misma (pos). Esto se hizo con el fin de evaluar, desde el punto de vista descriptivo, si la intervención tuvo un efecto positivo sobre los individuos en cada uno de los rangos etarios (*Boxplots*). Con el propósito de tener una sola escala tanto para el puntaje total como para los puntajes en las dimensiones y/o metas, se estandarizaron todos los puntajes; esto es, se estandarizaron el puntaje total de la escala de percepción de funcionalidad familiar, los puntajes en cada una de las dimensiones del instrumento y los puntajes en cada una de las metas del mismo. Con base en lo anterior se obtuvieron las siguientes escalas:

**Tabla 7.** Puntajes estandarizados en cada una de las dimensiones de funcionalidad familiar.

Dimensión	Ítems que hacen parte de la dimensión	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo estandarizado	Puntaje máximo estandarizado
Coherencia	1, 5, 10, 15, 18	5	15	0	100
Individuación	3, 7, 12	3	9	0	100
Cambio	4, 8, 13, 17, 20	5	15	0	100
Mantenimiento	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19	7	21	0	100

**Tabla 8.** Puntajes estandarizados en cada una de las metas de funcionalidad familiar

Meta	Ítems que hacen parte de la meta	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo estandarizado	Puntaje máximo estandarizado
Estabilidad	1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19	12	36	0	100
Crecimiento	3, 4, 7, 8, 12, 13, 17, 20	8	24	0	100
Control	2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20	12	36	0	100
Espiritualidad	1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 18	8	24	0	100

**Tabla 9.** Puntaje estandarizado en la escala global de funcionalidad familiar

Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo estandarizado	Puntaje máximo estandarizado
20	60	0	100

Para determinar la equivalencia entre los puntajes originales y los estandarizados, se usaron las siguientes fórmulas (en donde  $x$  representa el puntaje original y el puntaje en la escala estandarizada):

$$y = 10(x - 5)$$

$$y = \frac{50}{3}(x - 3)$$

$$y = \frac{50}{7}(x - 7)$$

$$y = \frac{25}{6}(x - 12)$$

$$y = \frac{25}{4}(x - 8)$$

$$y = \frac{5}{2}(x - 20)$$

La primera aplica para las dimensiones de coherencia y cambio, la segunda para la dimensión de individuación, la tercera para la dimensión de mantenimiento, la cuarta para las metas de estabilidad y control, la quinta para las metas de crecimiento y espiritualidad y la sexta para el puntaje global. Con base en ellas, por ejemplo, una persona con un puntaje de 5 en la dimensión de coherencia, tendría un puntaje de 0 en la dimensión de coherencia estandarizada.

Para determinar si el la propuesta de un programa tuvo efecto en la funcionalidad familiar en cada uno de los grupos etarios, se aplicó la prueba del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas es una [prueba no paramétrica](#) para comparar la [mediana](#) de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Se utiliza como alternativa a la [prueba t de Student](#) cuando no se puede suponer la normalidad de dichas muestras.<sup>218</sup> y determinar que la diferencia no se deba al azar, con una significancia del 5 por ciento y se revisó el valor-p

---

<sup>218</sup> WILCOXON, F. "Individual Comparisons by Ranking Methods." *Biometrics* 1, 80-83. [en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en [http://links.jstor.org/sici?sici=0099-4987%28194512%291%3A6%3C80%3AICBRM%3E2.0.CO%3B2-P]

### 3.11 Otros instrumentos

**Formato de transcripción:** se elaboró un formato de transcripción de las entrevistas, grupo focal, cartografía social y diario de campo.

**Formato de identificación de las familias:** se elaboró una ficha que permitió recolectar los datos demográficos y socioeconómicos de las familias participantes tales como identificación, edad, género, estado civil, nivel educativo; este instrumento fue aplicado a los adultos mayores y las mujeres

**Registros de seguimiento:** Se diseñó y utilizó un formato de seguimiento que permitió verificar el cumplimiento de la asistencia y trabajos realizados por las familias participantes en cada uno de los proyectos, para cada uno de los encuentros.

**Registro en diario de campo:** Adicionalmente, cada líder comunitaria y la enfermera autora de la investigación registraron los hallazgos cualitativos de cada encuentro en el diario de campo, del cual también se toman las narrativas y datos contextuales de los participantes del estudio

### 3.12 Consideraciones éticas

El estudio contó con el apoyo de la División de investigación sede Bogotá, dado esto fue sometido a la revisión del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería (Anexo H), además se presentó en su totalidad a la comunidad y a las instituciones involucradas con la investigación, en las cuales se mostraron la justificación y el propósito, objetivos del proyecto, los beneficios esperados así como la posibilidad de rehusarse a participar o retirarse de la misma de manera voluntaria se ajusta a la Resolución No 008430, de 1993<sup>219</sup>, del Ministerio de Salud, adicionalmente se asegura que la decisión de participar no afectará la relación terapéutica u otros beneficios a que tengan derecho los participantes referente a las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud”. Esta investigación es clasificada como de riesgo mínimo en la salud de las comunidades, se consideró obtener de cada uno de los participantes en presencia de al menos un testigo el Consentimiento Informado y cumple con lo estipulado en su Artículo 4, con respecto a la generación de conocimiento que contribuya a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y al control de los problemas de salud de la población de una zona con necesidades sociales ya expuestas en el presente trabajo. Además, la vulnerabilidad hace parte de una de las condiciones de las poblaciones especiales en los siguientes grupos: menores de edad, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad cognitiva, personas en

---

<sup>219</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.[en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)>

instituciones o subordinadas, personas en situación médica crítica o en coma, personas con enfermedad terminal, voluntarios sanos y minorías. Pero no necesariamente marca el sello distintivo de las mismas.

Para las personas que están vinculadas al proceso de investigación y generación de conocimiento biomédico y psicosocial estos grupos poblacionales son “especiales” por la convergencia de cuatro criterios: condición de vulnerabilidad, nivel de dependencia, capacidad/competencia y relación riesgo-beneficio porque plantean un conjunto de reflexiones adicionales y de cursos de acción particulares que pretenden establecer condiciones mínimas de justicia para su vinculación y reconocimiento por medio de la investigación. El objetivo bioético no es la exclusión, por el contrario, se busca favorecer la generación, contrastación y difusión de conocimiento aplicable a las condiciones particulares de los sujetos y sus comunidades participantes en los estudios, justamente mediante su inserción. El concepto de poblaciones especiales debe permitir un grado de flexibilidad tal que pueda ajustarse al momento histórico y a la realidad biomédica y psicosocial de los individuos y comunidades, por ejemplo los grupos minoritarios en esta investigación son los afrocolombianos que según su localización geográfica o condición económica modifican su condición. Ya se está observando como el mismo desarrollo científico y tecnológico genera nuevos grupos especiales. Uno de los criterios esenciales en la evaluación y seguimiento de investigaciones con estos grupos poblacionales es que el objetivo de la investigación misma sea atender a las necesidades en salud del grupo estudiado. En el presente estudio el propósito de las intervenciones está direccionado a la promoción de la salud, con el fin de evitar que continúen los problemas de salud identificados en estudios anteriores sobre las necesidades en el contexto en esta población. Por otro lado, el proceso de esta investigación ha de procurar que el riesgo sea mínimo para los participantes al tomar del Diccionario de la Real Academia donde define como vulnerable a aquél: “que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”.

Teniendo en cuenta que trabajaremos con seres humanos, la Declaración de Helsinki, en su artículo 1.6, señala: "Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación de proteger su integridad y debe adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad del individuo y para reducir al mínimo los efectos de la investigación sobre su integridad física y mental y sobre su personalidad". La manera acostumbrada de mostrar respeto por la vida privada del participante es obtener previamente el consentimiento informado y en los niños además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor, certificación del psicólogo del colegio donde estudia sobre su capacidad de entendimiento y razonamiento lógico y el asentimiento informado en caso de los niños, antes de dar a conocer los resultados de la investigación y reducir al mínimo la posibilidad de una violación de su confidencialidad es necesario que se presente por escrito a los sujetos de investigación y se da a conocer, así como las autorizaciones de las instituciones de salud involucradas en el la propuesta de un programa a desarrollar, y contar con la posibilidad de aclarar eventuales dudas antes, durante o después de la investigación.

Dicho consentimiento y asentimiento (Anexo I y J) estará ajustado a los requisitos que establece en el Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993 y al cumplimiento de los

requerimientos del artículo 6 de la resolución mencionada y desde el Código de Nuremberg; se identifica al consentimiento voluntario como necesario y esencial para la realización de investigaciones con personas en la evaluación de la competencia y su capacidad donde se abarquen tres valores: racionalidad, beneficencia y autonomía relacionados con considerar la edad, la conservación de la autonomía, el nivel de educación alcanzado, el estado de salud y las condiciones en las que se realiza el mismo, es conveniente la vinculación en este proceso los cuidadores o personas responsables con el bienestar del adulto mayor, sin que ello signifique la sustitución de la capacidad de decisión por el participante.

Está investigación cumplirá con los cuatro principios éticos básicos, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

a. Principio de respeto:

- De acuerdo a lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 en la presente investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y privacidad de los participantes en la investigación y la protección de sus derechos y su bienestar promoviendo o recordando reiterativamente las condiciones básicas de su participación en el proyecto.
- Se respetó a los participantes el hecho de aceptar o no participar del estudio, sin que por esta razón sean sujetos de represalia alguna.
- Igualmente se garantizó el derecho al conocimiento de la información, para lo cual, cada participante es informado sobre todos los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes de ser iniciada, y pueden exigir información sobre la misma en el momento que lo deseen.

b. Principio de Justicia:

- Se aplica el principio entendiendo que los objetivos de la investigación y sus probables resultados dan cuenta de un problema que afecta el nivel de bienestar y las condiciones de salud de los individuos vulnerables incluidos. De esta manera, la expectativa de las intervenciones beneficiarán directamente la salud de los participantes al adquirir herramientas que permitan la promoción de la salud, que justifique de esta manera su participación al tener nuevas formas de autocuidado e inclusión que fortalezca el sentido de pertenecer activamente a una sociedad.
- Se garantiza el derecho a un trato justo, respetuoso y amable en todo momento, expresado en el cumplimiento de todos los acuerdos a que se llegare y en la posibilidad de acceso de los participantes a los investigadores en cualquier momento con el fin de aclarar cualquier información.
- Se garantiza el derecho a la privacidad, manteniendo el anonimato de los participantes que así lo deseen o absteniéndose de divulgar información de estricta confidencialidad con personas ajenas a la investigación o sujetos conocidos del participante. En razón de ello, en el consentimiento informado se pregunta por el nombre o pseudónimo que el participante desea utilizar. Además, acogiéndose a

este principio específicamente, con el consentimiento informado se solicita autorización para obtener registros fotográficos o de audio de los participantes previa explicación del manejo de este tipo de materiales.

c. Principio de beneficencia

- Este principio da origen a normas que exigen que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que la investigación esté bien concebida, donde los investigadores son competentes para llevar cabo la investigación, las líderes comunitarias que participaron fueron capacitadas previamente y se buscó garantizar el bienestar de los que participan en ella.
- Se da por terminada la investigación en caso de que existieran motivos para sospechar que, de continuar se hubiese llegado a causar daño físico o psicológico a alguno de los participantes.
- Todas las dudas acerca de los procedimientos, riesgos, precauciones, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación como el uso de materiales, son aclaradas a los participantes antes y durante la aplicación del modelo y en el momento en que él lo solicite.
- Los resultados del estudio son proporcionados al participante en caso de que los solicite.

d. Principio de no Maleficencia

- La no maleficencia ("No hagas daño") ocupa un lugar preponderante y protege contra daños evitables a los participantes en la investigación, la Fundación Franciscana da Amor FFUNDAMOR ofrece espacios amplios, seguros y cómodos como el Centro de Formación Juan Pablo II, Centro de atención al adulto mayor San Joaquín y Santa Ana, iglesia, casa del Guasá y sede de la fundación, para el desarrollo de la propuesta de un programa. (Anexo K)
- La investigadora es idónea para desarrollar la presente investigación y tendrán la capacidad de intervenir y orientar a los integrantes del estudio a las instituciones o través de las intervenciones educativas, en caso necesario. (Anexo L)

Así estos principios, prevalecerán a través de los siguientes mecanismos en las diversas fases del presente la propuesta de un programa: la veracidad de la información que se recoja y emita, la conservación de los formatos utilizados en la investigación serán evidencias de este principio. En ese mismo sentido con respecto a los documentos que surjan de la presente investigación, se les garantizará también el principio de fidelidad, por lo que estos documentos, registros, instrumentos, actas de reuniones serán custodiados de forma segura por la investigadora, la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. La investigación ha de guardar la "sensibilidad cultural" que haga consonancia con registros idiomáticos y las condiciones particulares de nivel educativo, habilidades para comprender información escrita, vivienda, transporte, alimentación, entre otras, de todos los participantes.

Las investigadoras se acogerán al código para las enfermeras, que aprobó el Consejo Internacional de Enfermeras CIE, en 1953 y que ratificó en 1973 y 1989, donde se estableció que “Las responsabilidades fundamentales de las enfermeras son procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento”. Junto al código de ética del ejercicio profesional de enfermería que, le da la responsabilidad de cuidar y respetar los valores y creencias, los principios y las prácticas sociales y morales de las personas que cuida o investiga, así no esté de acuerdo con ellos.

Los incentivos para participar se podrán dar a través del suministrar atención médica gratuita y actividades de promoción y prevención de la salud (citologías, tamizaje visual, control prenatal, salud oral, manejo de las enfermedades crónicas). Sin embargo, los capitales semillas no deberán ser tan grandes ni los servicios médicos tan amplios como para que induzcan a los presuntos sujetos a consentir en participar en la investigación en contra de los que su buen juicio les dicte (‘incentivo indebido’). Durante el desarrollo de las sesiones se darán refrigerios, materiales para participar en las mismas.

### **3.12.1 Principios éticos con quienes participan en la investigación**

Una vez obtenidos los resultados se hace difusión de éstos de una forma clara, responsable y apropiada a las familias participantes, y a las instituciones que apoyan la generación del conocimiento respectivo. En caso de que la población implicada solicite más que simple información, se está dispuesto a proporcionar el apoyo que soliciten, según los resultados que se hayan obtenido.

### **3.12.2 Riesgos del estudio**

Con el fin de disminuir la posibilidad de sesgar o desviar los resultados reales se tuvieron en cuenta los criterios de selección y aplicación del instrumento dado por la autora del instrumento; entre estos se tiene<sup>220</sup>:

**Riesgo de poca comprensión del instrumento por parte de las personas participantes en el estudio.** Se realizó un entrenamiento previo en el diligenciamiento del instrumento, en los aspectos conceptuales y de aplicación del instrumento de efectividad de la funcionalidad familiar ASF-E 20, para la recolección definitiva de datos del estudio. El investigador explicó con claridad y con lenguaje sencillo y propio de la región en qué consiste la aplicación del instrumento. Cabe anotar que el instrumento fue diligenciado únicamente por el investigador.

---

<sup>220</sup> AMAYA, Pilar. Riesgo Familiar Total 7-70 y del ISF-GEN 25. Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información 1995.p. 11.

**Riesgos de fallas en el diligenciamiento o registro del instrumento.** Para garantizar una correcta aplicación del instrumento se estudió cada una de las categorías y los ítems que lo componen; así mismo, se estudiaron y revisaron las técnicas de recopilación, tabulación y análisis de los resultados y se aseguró la comprensión y la forma correcta de hacer las preguntas.

#### **Riesgo de selección de los participantes**

Para evitar sesgos en la selección de los participantes se tuvo en cuenta los criterios de inclusión planteados anteriormente en la presente investigación y el censo de las familias realizado previamente.

#### **Riesgo de condiciones ambientales inapropiadas e influencia de otras personas.**

Para la aplicación inicial y final de instrumento, se realizó el desplazamiento hasta el hogar de cada uno de ellos, se programó el momento de la visita que se cumplió en un espacio tranquilo sin ruidos (radio y/o televisor encendido), con buena luz, donde no hubo paso de otras personas, con buena ventilación, con disponibilidad de dos sillas y donde solo estuvo el entrevistado; se estableció la interacción que facilitó al participante hablar sin temores, ni restricciones: se brindó confianza, se evitaron las expresiones verbales o no verbales de reprobación o aprobación ante determinada narración y se estuvo atento a las reacciones de cansancio o desinterés del participante.

### **3.13 Limitaciones del estudio**

#### **Fase 1. Construcción de la propuesta**

Una de las limitaciones de la metodología IAP puede ser que la Comunidad manipula al investigador con respuestas falsas o poco creíbles, además de la dificultad para mantener los criterios científicos de precisión y objetividad para elegir la técnica apropiada para la resolución de un problema o necesidad.<sup>221</sup>

La participación de las familias varió en algunas ocasiones dada la necesidad de ellos de trabajar o rebuscarse para la alimentación de sus hijos especialmente, por esto hubo necesidad de realizar varias reuniones en diferentes momentos e incluso en horarios extremos.

#### **Fase 2.**

Este diseño cuasi experimental carece de grupo control, porque la población que cumple con los criterios de inclusión en algunos casos no cuenta con disponibilidad de tiempo

---

<sup>221</sup> **PÉREZ María de los A.** Método de investigación acción participativa [En línea] Consultado [21 de julio de 2014] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos89/metodo-iap/metodo-iap.shtml#ixzz387V4OOTU>

para participar debido a la necesidad de cubrir sus requerimientos básicos como la alimentación.

En los estudios cuasiexperimentales es posible inferir relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, pero su probabilidad de ser verdadera es relativamente baja en comparación con los diseños experimentales verdaderos.

Dadas las condiciones de la población específicas y el tamaño de la muestra, el estudio no permite hacer inferencias a partir de esta población. Además, a pesar de que los criterios de inclusión garantizan una cierta homogeneidad entre los participantes con respecto a su situación de salud, hay variaciones en sus características internas que pueden influir en su adherencia y respuesta a la intervención.

La variable independiente puede confundirse con variables extrañas, por lo que no se sabe si un cambio en la variable dependiente se debe realmente a la variación de la variable independiente; es decir, la probabilidad de una conclusión de que la variable independiente produjo un determinado cambio conductual es menor cuando se usa un diseño cuasiexperimental que cuando resultan de un experimento. Llevando esto a un posible sesgo de confusión, con variables de confusión como: atención no al la propuesta de un programa sino a las personas que aplicaron el mismo; deseabilidad social; tiempo; situación política en la que se encontraban en el momento de aplicación del la propuesta de un programa. Por lo anterior se podría afirmar que existe una menor validez interna en el estudio.

Una de las instituciones participantes presentó conflicto de intereses en el desarrollo del La propuesta de un programa, esta situación conllevó el hecho de no seguir contando con esta para el desarrollo del mismo, sin embargo se contó con el apoyo de otras instituciones que suplieron las necesidades de los participantes.

# Capítulo 4: Presentación y Discusión de Resultados

En este capítulo se presentan los resultados primero de la caracterización de las familias participantes y luego los resultados en dos fases de acuerdo con lo establecido en la metodología.

## Información general del grupo de estudio

Al iniciar la implementación del La propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” se obtuvo una muestra de 50 familias que cumplieron con los criterios de inclusión, comenzó la ejecución del la propuesta de un programa, con los tres proyectos dirigidos a los niños en edad escolar, mujeres y adultos mayores de estas familias. Durante la intervención fue necesario establecer horarios de trabajo y varias jornadas con los participantes especialmente con los niños en edad escolar teniendo en cuenta los horarios de estudio y de las mujeres por su actividad laboral.

## 4.1 Características sociodemográficas de las familias

Como se observa en la tabla 10 participaron 50 familias, conformadas por 233 personas, con un promedio de 5 personas por familia, promedio superior al encontrado en Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010<sup>222</sup> el último quinquenio aumentaron los hogares con 1, 2, 3 y 4 personas, en tanto que disminuyeron los de 5 y más para Colombia, y de 4 para el departamento del Cauca, según DANE 2005<sup>223</sup>. Sin embargo, estos datos son similares a los encontrados en otros estudios que miden la efectividad de la funcionalidad de las familias con niños en edad escolar, adolescentes, mujeres y adultos mayores, los cuales reportan un promedio de 4-6 personas por cada familia<sup>224, 225, 226</sup>, situación que puede afectar la distribución de los recursos financieros dentro del hogar.

---

<sup>222</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo III. Características generales de los hogares y de la población. [en línea]. 2010 [Consultado 15 abril 2014]. Disponible en [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

<sup>223</sup> DANE 2005. Op cit., p. 2.

<sup>224</sup> Campos M. Op cit. 2007.

<sup>225</sup> Osorno M. Op cit. 2007.

La distribución por edad reportada en la tabla 4-1 muestra que cerca de la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes (40%), y de estos, el 21.9 por ciento son menores entre 7 y 12 años, como resultado del cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio. Lo que indica que la población de niños debe ser objeto prioritario de políticas especiales, tal como está establecido por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF<sup>227</sup>. Estos resultados son llamativos frente a los encontrados en la ENDS 2010, donde sólo el 29 por ciento de la población total es menor de 15 años, en la costa pacífica el 40 por ciento corresponde a menores de 15 años<sup>228</sup> y en Guapi donde el 49.6 por ciento corresponde a menores de 17 años,<sup>229</sup> cifras que requieren atención especial por parte de la sociedad y el estado; con el fin de brindar mejores condiciones de seguridad y bienestar social a esta población.

**Tabla 10. Características demográficas de las familias participantes del Municipio de Guapi-Cauca**

Grupo de Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
0-1 años	1	50	1	50	2	0.9
1-4 años	4	44,4	5	55,6	9	3.9
5-6 años	4	80,0	1	20,0	5	2.1
7 a 12 años	24	47,1	27	52,9	51	21.9
13-18 años	19	73,1	7	26,9	26	11.2
19-30 años	20	50,0	20	50,0	40	17.2

---

<sup>226</sup> Valle R. Op cit. 2012. p 68-74

<sup>227</sup> UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Protección de la infancia y derechos civiles. [en línea]. [Consultado 15 abril 2014]. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgrep\\_adapt\\_part2c\\_sp.pdf0](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgrep_adapt_part2c_sp.pdf0)>

<sup>228</sup> Colombia. Gobernación del departamento del Cauca. Secretaría de Salud departamental, Costa Pacífica, Territorio demostrativo en Salud Pública "Cauca: todas las oportunidades" 2012. [en línea]. [Consultado 5 mayo 2014]. Disponible en [http://saludcauca.gov.co/docs/2012/s\\_integrado\\_informacion/publicaciones/ANALISIS\\_sala\\_situacional\\_Costa\\_Pacifica.pdf](http://saludcauca.gov.co/docs/2012/s_integrado_informacion/publicaciones/ANALISIS_sala_situacional_Costa_Pacifica.pdf)>

<sup>229</sup> Modelo de organización. Op cit.

**Tabla 10. (Continuación)**

Grupo de Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
31-49 años	20	71,4	8	28,6	28	12,0
50-59 años	8	88,9	1	11,1	9	3,9
60 años o más	47	74,6	16	25,4	63	27,0
TOTAL	147	63,1	86	36,9	233	100

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

El grupo de 19-59 años, que se encuentra en edad productiva, representa el 33.1 por ciento del total de la población (Tabla 15), lo que indica que la posibilidad de mantenimiento y/o sostenibilidad de la familia recae en este grupo etéreo, por tanto, la relación de dependencia es alta y recae en su mayoría en las mujeres cabeza de familia, es decir de la población considerada dependiente: 40 por ciento de la población menor de 18 años y 27 por ciento son adultos mayores de 60 años. El promedio de edad fue de 39 con un rango entre menos de 1 año y 93 años.

En las familias extensas participantes la población femenina supera en 26.2 por ciento a los hombres, posiblemente producto de la violencia y procesos de migración que vive nuestro país. La Tabla 15, muestra como las familias están compuestas en su mayoría por mujeres (63%), datos superiores a los registrados por el DANE 2005 donde la población de mujeres corresponde al 51 por ciento. Para las comunidades afro, esta representación es relevante, dado que la mujer es esencialmente madre, es el lazo de unión entre los antepasados que recibieron la vida de Dios y las generaciones presentes y futuras<sup>230</sup>. Además se observa una marcada diferencia de mujeres especialmente en los grupos de adolescentes (73,1%), adultos entre 31-49 años (71,4%) y 50-59 años (88,9%) y mujeres mayores de 60 años (74,6%).

La mujer afrocolombiana maneja las relaciones con los hijos, los familiares y la comunidad, se encarga de formar, transmitir y guiar las normas internas y los controles característicos de las comunidades. Según el historiador Romero<sup>231</sup> el papel que cumple la mujer dentro de su núcleo familiar la lleva a ser reconocida como matrona comunitaria al establecer una relación constante con todos los miembros de la comunidad en calidad de rezandera, partera, curandera y consejera. Así entendemos el predominio de la familia extensa, con estilo matriarcal, con una mujer mayor como jefe, que controla el trabajo

<sup>230</sup> RED Nacional de Mujeres Arocolombianas "Kambiri". Una ojeada a la mujer africana. [en línea]. [Consultado 5 mayo 2014]. Disponible en <<http://redmujerafro.tripod.com/id15.html>>. 10052014>

<sup>231</sup> BARRETO Yenny et al. Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. Op.cit. 2009.

agrícola y toma toda la responsabilidad del bienestar de los niños y niñas. En este contexto las relaciones entre hombres y mujeres han sido muy flexibles.

Llama la atención con respecto a lo encontrado en la literatura, acerca de las transformaciones familiares que se han venido dando en estos últimos años con el aumento en las personas que viven solas, producto combinado de la migración, la viudez, el abandono, la separación, el divorcio los cambios culturales y cambios demográficos, como el aumento de la vejez. La familia nuclear disminuye, fundamentalmente, por el menor número de hogares con los dos progenitores<sup>232, 233</sup>. Las modalidades nuclear modificada, extensa modificada y atípica, refleja en formas de rentar o compartir el espacio habitacional, que se incrementa con los cambios en la jefatura femenina y las parejas que buscan estrategias de supervivencia, que pueden llevar a desajustes en la funcionalidad familiar, organización de la familia, relaciones familiares en los aspectos económicos.

A continuación se presentan las características de cada uno de los participantes en los tres proyectos.

#### **4.1.1 Características de los niños en edad escolar participantes en el proyecto: Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud de los niños escolares**

Del total de los 51 niños escolares de estas familias, participaron 50 en el estudio pues uno se encontraba en un regular estado de salud y fue necesaria su hospitalización. Los 50 participantes, en su totalidad son nacidos en el Municipio de Guapi-Cauca, el 52 por ciento son de sexo femenino y el 48 por ciento masculino, todos de los participantes se encuentran entre 7-12 años de edad, y están escolarizados en su totalidad. Cumpliendo con esto los criterios de inclusión establecidos previamente por este estudio.

#### **4.1.2 Características de las mujeres participantes en el proyecto: Con fuerza y alegría echamos pa'lante en familia la salud de las mujeres en la casa de la cultura y el trabajo**

Del total de las 50 mujeres de las familias participantes en el estudio, la mayoría nacieron en el municipio de Guapi Cauca (83.33%), sin algún tipo de escolaridad (31%) son solteras (36%), viven en unión libre (33 %) o casadas (24%), resultado diferente al encontrado en la encuesta nacional de hogares 2010<sup>234</sup>, donde predominan las personas

---

<sup>232</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo III. Características general es de los hogares y de la población. [en línea]. 2000 [Consultado 15 abril 2014]. Disponible en [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21&Itemid=47](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=47).

<sup>233</sup> PROFAMILIA. Op cit. 2010.

solteras (44.9%) seguida por las de unión libre (23%) y casadas (23%), por ultimo están las separadas y viudas (5% y 4.2% respectivamente). Es importante destacar que la mayoría son jefes de hogar (72%), Estos datos llaman la atención ya que superan lo reportado por la ENDS 2010 de Profamilia (34%)<sup>235</sup> “Una característica de los hogares en Colombia que se viene observando hace un tiempo es la feminización de la jefatura de los hogares. En 1995 una cuarta parte (24 %) de los jefes de hogar eran mujeres, en el 2000 el 28 por ciento, mientras que en el 2005 subió a 30 por ciento. Los resultados para el 2010 (34%) confirman la tendencia creciente en la jefatura femenina de los hogares colombianos y en el Cauca (32%), lo que sugiere que la mujer afrocolombiana, es el eje de la familia extensa. Además, entre estas mujeres predomina el analfabetismo (31%); el 9.5 por ciento cuenta con primaria completa y el 26.2 por ciento con primaria incompleta; el 16.7 por ciento logra alcanzar una secundaria completa, 11.9 por ciento secundaria incompleta y tan solo 4.8 por ciento de ellas tiene estudios superiores. Esta información permite identificar que la mayoría de estas mujeres jefes de hogar no cuentan con un nivel de educación que les permita ejercer trabajos profesionales y disminuir en cierto grado el nivel de pobreza en que se encuentran sus familias.

Del total de las mujeres el 71.43 por ciento ayudan económicamente a su familias, a través de aportes como subsidios principalmente (47,62%), seguidos por un trabajo informal/actividad propia (23.81%), desempeñándose en labores como amas de casa (78.95%); seguida por labores de pescador (11.90%); otro tipo de ocupación (7.14%) y profesor (2.38%). La mayoría de las mujeres reciben menos de \$50.000 mensuales para el sustento de sus familias (35.71%), seguido por \$50.000 y \$100.000 (23.81%), es importante resaltar que 9.52 por ciento de estas mujeres no recibe ningún tipo de ingreso, por tanto no pueden ayudar económicamente a sus familias. Sin embargo, a pesar de no recibir un aporte de dinero adecuado para suplir las necesidades básicas insatisfechas, estas mujeres refieren que gastan entre \$100.000 y \$200.000 mensuales (29%) que corresponden a ayuda de su compañero, esto ocasiona que las deudas aumenten poco a poco y que terminen siendo insostenibles.

En el aspecto de la salud, 90.48 por ciento de estas mujeres cuentan con una afiliación al régimen subsidiado de salud, el 7.14 por ciento al contributivo y una situación preocupante radica en que el 2.4 por ciento aun, y después de tantos años, no cuentan con ningún tipo de régimen de afiliación en salud. En estas mujeres hay una alta morbilidad de enfermedades crónicas como la hipertensión (63.64%), artritis (13.6%) y diabetes y osteoporosis respectivamente (4.55%)..

Para finalizar, estos resultados, son similares a los presentados en otros estudios que miden la efectividad de la funcionalidad familiar en Colombia, los que reportan que la mayoría de las familias viven en unión libre, con un nivel socioeconómico bajo, donde las

---

<sup>234</sup> DANE. Op cit. 2005.

<sup>235</sup> Profamilia. ENDS. Op cit .2010. P. 476.

encargadas de la economía del hogar son las mujeres como jefes de hogar ganando entre un Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV) y menos <sup>236, 237</sup>.

### **4.1.3 Características de los adultos mayores independientes participantes en el proyecto: Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud del adulto mayor independiente en el ancianato, calle y parque**

Participaron 50 adultos mayores independientes, la mayoría nacidos en el municipio de Guapi (82%), los demás en otros municipios cercanos pertenecientes a la zona del Pacífico colombiano. La mayoría de adultos mayores apoyan económicamente a su familia (68%), quienes en su mayoría reciben entre \$50.000 y \$100.000 (45%) proveniente principalmente de un subsidio (42%), seguidos por la ayuda de la familia (32%) y trabajo informal/actividad propia (16%).

La mayoría son solteros (46%), casados (22%) y viudos (22%) y solo el 10 por ciento viven en unión libre. Se destaca que casi la mitad de adultos mayores son analfabetos (40%) o cuentan con una primaria incompleta (46%) y solo el 2 por ciento de estos adultos mayores recibió secundaria completa y otro 2 por ciento secundaria incompleta. La ocupación de estos adultos mayores es estar en su casa (74%), algunos todavía pescan (10%) y/o tienen otra actividad que desempeñan en la casa (12%).

En cuanto a su afiliación el régimen de seguridad social en salud 94 por ciento cuenta con una afiliación al régimen subsidiado y el restante 6 por ciento no cuenta con ningún tipo de afiliación. Sobre la morbilidad percibida, al igual que sucede con las mujeres, la mayoría de adultos presentan hipertensión arterial (78.4%, algunos casos no se encuentra controlada) y artritis (13.51%).

Un estudio que mide la efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adultos mayores de Bucaramanga<sup>238</sup> reporta datos similares de estas familias respecto a bajos niveles de escolaridad: analfabetas (33.7%) y con primaria incompleta (41.4%), la mayoría viven en unión libre (37%). Sin embargo, al igual que en el presente estudio la mayoría de los adultos mayores permanecen en su hogar. En cuanto a la economía estas familias son muy similares a las del estudio de Bucaramanga dado que son de estratos socioeconómicos bajos, además cerca de la mitad de estas familias reciben menos de un SMLV (32.6%) como se evidencia en el presente estudio. Por lo anterior se puede decir son familias con una vulnerabilidad económica.

---

<sup>236</sup> OSORNO M. Op cit. 2007.

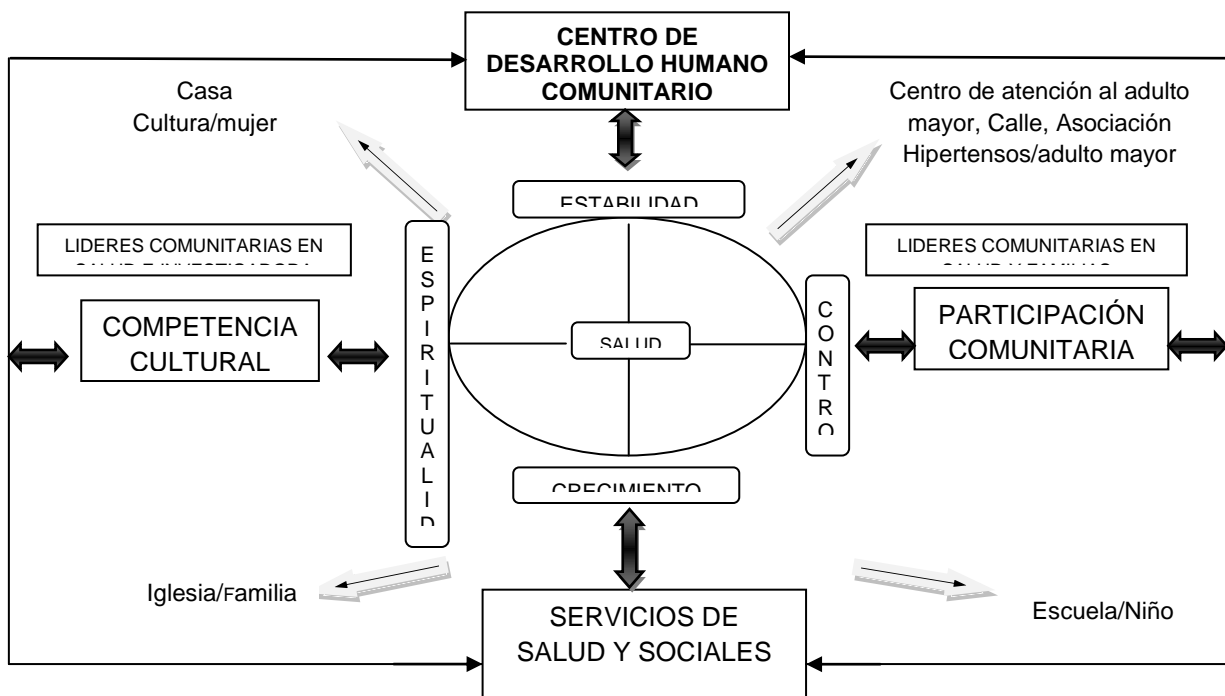
<sup>237</sup> VALLE R. Op cit. 2007. p 68-74.

<sup>238</sup> CAMPOS Maria. Op cit. 2007.

## 4.2 Modelo de la propuesta del programa de APS: Centro Desarrollo Humano Comunitario

El modelo de la propuesta del programa de APS: Centro Desarrollo Humano Comunitario, parte de las necesidades de la comunidad y de las familias, y del proceso desarrollado en conjunto entre comunidad, líderes comunitarios en salud, familias y profesionales de enfermería con competencia cultural (deseo, conciencia, habilidad, conocimiento, sensibilidad cultural), quienes a través de la investigación Acción Participación (IAP) lograron la construcción de la propuesta de un programa de APS, denominado Centro de Desarrollo Humano Comunitario, el cual permite integrar los servicios de salud y sociales, la participación comunitaria, que a través de profesionales de salud con competencia cultural a fin de contribuir al mejoramiento de la funcionalidad familiar y del desarrollo humano.

**Figura 2.** Modelo de propuesta de un programa de APS: Centro Desarrollo Humano Comunitario



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

## **4.2.1 Fase 1. Construcción de la propuesta de un programa**

### **4.2.1.1 Efectos en la Competencia Cultural en Salud de profesional y líderes comunitarias de salud**

Teniendo en cuenta que la propuesta está basada en los postulados de Camphina Bacote sobre competencia cultural, los resultados de esta aparte se realizarán de acuerdo a esto partiendo de la necesidad de capacitación por parte de las líderes que apoyaron el proceso y la investigadora quien lleva trabajando en esta comunidad desde el año 2008.

**Líderes Comunitarias en Salud.** Las dos líderes que participaron en la investigación, son oriundas de Guapí, auxiliares de enfermería, al realizar la valoración inicial sobre aspectos de competencia cultural, se vio la necesidad de capacitación en competencia cultural, a continuación se destacan los aspectos relevantes de esta capacitación:

**Deseo cultural:** las líderes comunitarias en salud contaban con una motivación para comprometerse a trabajar por su comunidad expresada en frases como: “todo lo que beneficie a este pueblo es bien” , “yo quiero trabajar para que la gente del pueblo no pase tanta necesidad”.

**Conciencia cultural:** comprendieron la importancia de tolerar diferencias, creencias, opiniones sin necesidad de hacer prejuicios sobre las diversas situaciones de las familias que viven en su comunidad. Esto expresado en frases como: “...cuando la mujer dice que prefiere ir a rebuscarse, uno entiende porque sabe que debe llevarles de comer a sus hijos”:

Con estas líderes comunitarias en salud, se realizó mucho énfasis en la importancia de trabajar con las personas como parte de una familia y comunidad, y que para trabajar con ellos es necesario conocerlos muy bien primero, sin “suponer” o pensar lo que cada una considerara, motivo por el cual se trabajaba era con ellos directamente.

**Encuentros culturales:** estas líderes comunitarias en salud ya habían tenido una experiencia de compartir con algunas familias que participaron en el proceso de construcción y aplicación de la propuesta, ya identificaban los gestos y el significado de algunas palabra, sin embargo cuando las líderes comunitarias en salud entraron en contacto durante los encuentros con el grupo IAP y empezaron a comprender otra realidad del Municipio en el que viven y que muchas veces escapa de su realidad, expresaron la importancia de los encuentros culturales, esto expresado en frases como: “...algunas veces se da cuenta de más cosas el que viene de afuera que uno mismo que está aquí todos los días...”. Facilitaron el cuidado de las personas y el encuentro cultural con sanadores tradicionales.

Al llegar a las casas, la gente recibía con un gran carisma a su propia gente y aunque al principio tenía la restricción de “¿a qué vienen?” ofrecían lo que tenían en el momento tanto a las líderes como a la investigadora.

**Conocimiento Cultural:** Aunque las líderes pertenecen al municipio de Guapi-Cauca, desconocían algunos aspectos de su propia cultura, por tanto la capacitación busco que identificaran aspectos de la cultura afrocolombiana, como aspectos demográficos, creencias, cambios del municipio del pasado, presente y futuro y el uso de la medicina tradicional y occidental, la Ley 1438.

De acuerdo con las líderes en salud la competencia cultural les permitió una comunicación adecuada con los miembros de las familias, entender mejor su realidad y la utilización de la medicina tradicional, identificando los curanderos, remedieros y parteros a los que acuden las familias y tuvieron en cuenta estos aspectos tanto para la revisión del la propuesta de un programa como para su aplicación: “...nos estamos quedando sin buenos remedieros y curanderos, y eso no nos habíamos dado cuenta...”, “...este pueblo está lleno de viejos y uno no pensaría esto...”

**Habilidad cultural:** las líderes al ser parte de la cultura afrocolombiana, facilitaron una mejor adaptación del lenguaje de la propuesta de programa de APS para las familias y comunidad, como algunos aspectos de medicina tradicional, fue necesario identificar el significado de las familias, tratar problemas interculturales, el uso de creencias y costumbres que le permitieron a las líderes un mejor desenvolvimiento y entendimiento de la diversidad cultural que existe en su comunidad. Lo que se traduce en acciones como: Saludar a las personas del estudio de una forma culturalmente adecuada, Dar a las personas y familias instrucciones y consejos, culturalmente adecuados, tratar conflictos inter-culturales relativos al diagnóstico y al tratamiento, (Ejemplo mal de ojo), pedir disculpas por malentendidos inter-culturales entre otros. Expresado en frases como: “...cuando yo le decía a la señora que ese niño tenía fiebre, ella me preguntaba que si yo sabía de eso...del ojo...entonces le respondí que podría ser pero que primero me dijera que otros síntomas tenía porque podía ser paludismo, que eso dependía...entonces la señora me comentó todos los síntomas y le sugerí ir a tomarle la gota gruesa y descartábamos...entonces la acompañé”

### **Investigadora**

**Deseo cultural:** para la investigadora este proceso ha sido complejo e interesante desde su primer encuentro con la personas guaireñas en el año 2008, que ha generado un alto compromiso social al identificar la cantidad de necesidades de las personas, familias y comunidad acerca de cómo ellos viven o “sobreviven” como ellos mismos lo denominan.

**Conciencia cultural:** para la investigadora fue importante comprender y descubrir el mundo de los afrocolombianos, dado que ellos tienen unas características muy especiales que los hace únicos y diferentes a los demás, por eso su primer trabajo fue caracterizarlos, identificar cuál era su cultura, su raza, sus prejuicios, etc. Trabajo que fue

muy importante para no llegar a un “choque cultural” que permitió continuar con el proceso de la investigación y llegar un término exitoso.

**Encuentros culturales:** para la investigadora el proceso de esta investigación fue amigable dado que llevaba varios años de trabajo en el Municipio con una muy buena aceptación por la comunidad, además de que la experiencia de trabajo allí ayudo a que no hubiese choques culturales, o que la investigadora pudiera ingresar a un proceso de aculturación, entendido este como un proceso en el cual se quiere imponer la cultura propia sobre la otra para lograr el resultado personal que se quiere obtener, pues este no era el objetivo de esta investigación, por el contrario la idea era conjugar los conocimientos populares y profesionales para llegar a una construcción más armónica y adaptable a la comunidad que logrará responder a esas necesidades planteadas inicialmente. Durante todo el proceso fue muy importante el lenguaje no verbal dado que esta comunidad tiende a realizar muchos gestos entre ellos que significaban algo positivo o negativo para el desarrollo de la investigación dependiendo del momento, el tema trabajado, la hora y los participantes.

**Conocimiento cultural:** a través de los diversos procesos académicos la investigadora ha logrado conocimientos de la cultura afrocolombiana especialmente dirigidos a conocer las características socioculturales, Etnofarmacología, Impacto histórico y actual del racismo, los prejuicios y la discriminación en el servicio de la salud que experimentan los afrocolombianos y comprender la diversidad cultural

**Habilidad cultural:** desde el 2008 la investigadora ingreso a campo donde identifico aspectos como el saludo, lenguaje típico, concepto de salud y enfermedad, uso de prácticas tradicionales con remedieros, curanderos, sobanderos y parteros, donde fue importante conocer todos los cuidados populares, para luego conjugar con los profesionales y lograr generar en ellos un cuidado cultural que permitiera la negociación con las familias y un proceso de análisis y reconocimiento que facilitara la construcción y aplicación de la propuesta.

#### **4.2.2 Efectos Participación comunitaria-Investigación Acción Participación**

El proceso de participación comunitaria se llevó a cabo a través de la Investigación Acción Participación (IAP), con el cual se hizo el proceso de elaboración de la propuesta del programa.

La propuesta del programa construido con la comunidad se denominó: “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las

familias”. A continuación se mencionan los aspectos trabajados para la construcción de la propuesta.<sup>239</sup>

Esta propuesta fue realizada con participación de familias e instituciones de diferentes sectores, además de la integración de los resultados obtenidos de estudios realizados previamente con familias afrocolombianas del Grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia<sup>240,241,242,243,244</sup>, los cuales fueron mencionados en los antecedentes de la presente investigación.

De esta manera se conformó el grupo Investigación Acción Participación (GIAP) constituido por 4 líderes comunitarias, 1 Docente del Centro de Formación Juan Pablo II, 1 Representante de Fundación FFUNDAMOR y el grupo investigador de Colciencias-Universidad Nacional de Colombia, participaron 14 Familias del Municipio de Guapi-Cauca. En segundo lugar, se conformó la Comisión de Apoyo y Seguimiento (CAS) constituida por representantes de la Alcaldía Municipal, Secretario de Salud del Municipio de Guapi-Cauca, Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR y Universidad Nacional de Colombia, quienes indagaron en la percepción de salud, enfermedad, familia, necesidades, capacidades y trayectorias de cuidado de las familias Guapienses, con el fin de aportar elementos, experiencia de la comunidad e instituciones en la construcción del la propuesta de un programa. Promoviendo la comprensión y el diálogo del saber popular con el fin de aportar a la salud pública, donde se incorpore los entornos en los que se desenvuelven las familias y/o comunidades para fortalecer sus capacidades, avanzar en el conocimiento con una apropiada mediación del saber popular y profesional, promoviendo la salud y la autodeterminación de las comunidades.

---

<sup>239</sup> BARRETO Yenny, VELÁSQUEZ Vilma F. Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación – acción- participativa. Enviado para publicación. Revista Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

<sup>240</sup> BARRETO, et al. Op. cit. Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009., p.1-161.

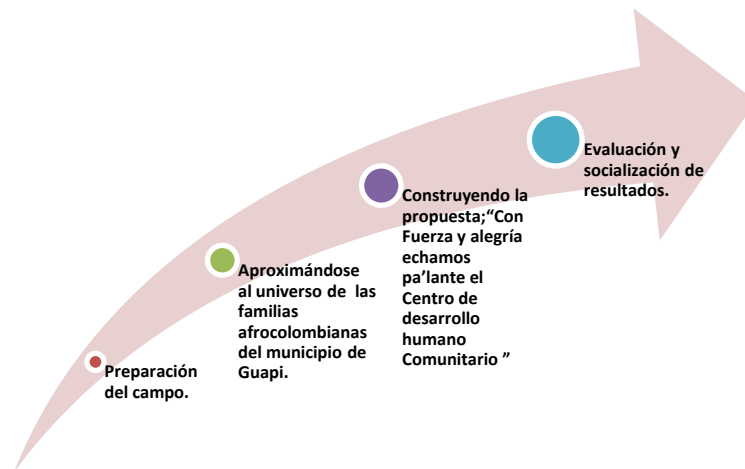
<sup>241</sup> LÓPEZ, et al. Op cit, 1-169.

<sup>242</sup> CATAÑO, et al. Op cit. Propuesta de un modelo de Cuidado Cultural para ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área urbana del Municipio de Guapi-Cauca.

<sup>243</sup> BARRETO. Op cit. Implementación y evaluación de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en Guapí-Cauca: un aporte para la población afrocolombiana.(2010). P. 1-19.

<sup>244</sup> CATAÑO, et al. Op cit. Validación del modelo de cuidado cultural de la salud en poblaciones ancianas con situación de discapacidad y pobreza residentes en Cundinamarca y Cauca. 2010.

**Figura 3.** Pasos para la construcción del la propuesta de un programa “Con fuerza, alegría y amor echamos pa’lante la familia en el Centro de Desarrollo Humano Comunitario”



**Fuente:** Informe final Jóvenes Investigadores Colciencias, Proyecto “Construcción de un programa de Atención Primaria en Salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural”

A continuación se mencionan los resultados obtenidos en cada uno de los pasos realizados:

**Preparación del campo.** En esta fase se recolectó la información: 1. Revisión de literatura sobre efectos de programas con familias contruidos a partir de la Investigación-Acción-Participación. 2. Revisión de literatura sobre contexto sociocultural y la concepción de salud y enfermedad de las familias del Municipio de Guapi-Cauca. 3. Se efectuó búsqueda en 4 bases de datos sobre Efectos de programas en familias, donde se encontró que los instrumentos más utilizados son: Apgar familiar, riesgo familiar, calidad de vida, funcionalidad familiar, apoyo social, empoderamiento en las mujeres, relación intergeneracional, carga de cuidador, depresión, habilidad de cuidado, dependencia de adultos mayores, ansiedad, hábitos de vida que afectan la salud.

#### **Aproximándose al universo de las familias afrocolombianas del municipio de Guapi**

Se procedió a la identificación del significado de familia, salud y enfermedad para los afrocolombianos del Municipio Guapi-Cauca, determinados así: **Salud:** es vivir alentado, en paz con Dios, unido en la familia, manteniendo un ambiente saludable, con educación, empleo y comunicación; **Familia** es un núcleo para crecer en todos los sentidos; y **Enfermedad:** es vivir en las familias sin comunicación, sin trabajo y con mala higiene.

Esto a través de encuentros con el grupo IAP, además de practicar ejercicios de cartografía social, entrevistas a grupos focales logrando con esto conocer las principales necesidades en diferentes familias y discutir sobre estas necesidades con el fin de priorizarlas, a la vez se realizó retroalimentación con la CAS.

Después de esto, se procedió a la revisión de los documentos publicados del Municipio de Guapi-Cauca y además del trabajo desarrollado con el grupo IAP (Tabla 3-1 ), donde se aprecia que es importante trabajar con las necesidades, la trayectoria del cuidado y capacidades de las familias a partir de las cuatro dimensiones familiares propuestas por la Dra Friedemann, relacionadas con el mantenimiento, el cambio, la coherencia y la individuación.

**Tabla 11.** Clasificación de Necesidades y Capacidades según dimensiones de Friedemann

NECESIDADES	CAPACIDADES	DIMENSIÓN FAMILIAR
Acceso a los servicios de salud	Redes de apoyo, oportunidad y colaboración	Individuación Cambio
Acceso a la educación		
Apoyo a cuidadores		
Educación en salud		
Aumento del desarrollo familiar	Empoderamiento	Coherencia Individuación Cambio
Vivienda saludable		
Unión familiar	Comunicación	Mantenimiento Coherencia
Respeto y tolerancia en las familias	Tolerancia	
	Respeto	
Creencias en Dios	Fe	
Transmisión de conocimientos de los adultos mayores	Apreciación y valor de los adultos mayores	Mantenimiento Cambio
Unión y participación de la comunidad	Trabajo en equipo, Participación	
Alimentar bien a los hijos	Responsabilidad	

**Fuente:** Informe final de Colciencias proyecto de investigación: Construcción de un programa de Atención Primaria en Salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural. 2012-2013.

**Construyendo la propuesta.** A partir de todo el proceso explicado anteriormente, se definieron prioridades desde dos perspectivas para el inicio de la construcción del la propuesta de un programa y haciendo ajustes de acuerdo a la perspectiva del GIAP y la CAS. Para finalmente obtener un la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud que responde a cuatro proyectos donde se tomaron en cuenta como prioridad los niños, mujeres y adultos mayores independientes y en situación de discapacidad, que fueron denominados así:

**Tabla 12.** Temas de cada uno de los proyectos que componen el la propuesta de un programa de APS

PROYECTO	TEMAS QUE TRABAJA
1. Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud, en la escuela de los niños, (anexo A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rescate tradiciones culturales</li> <li>• Pautas de crianza</li> <li>• Valores</li> <li>• Cuidado del cuerpo</li> <li>• Desarrollo de habilidades</li> <li>• Cuidado del agua</li> <li>• Hábitos de vida saludable</li> </ul>
2. Con fuerza y alegría echamos pa'lante en familia la salud de las mujeres en la casa de la cultura y el trabajo. (anexo B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad de la mujer</li> <li>• Valores</li> <li>• Empoderamiento y liderazgo</li> <li>• Cuidado de la mujer</li> <li>• Significado de los hijos</li> <li>• Salud de la mujer</li> <li>• Planificación familiar</li> </ul>
3. Con amor y alegría echamos pa'lante en familia la salud del adulto mayor independientes en el ancianato, calle y parque (anexo C)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significado de ser adulto mayor</li> <li>• Transmisión de saberes populares</li> <li>• Salud ambiental-reciclaje</li> <li>• Enfermedad crónica no transmisible-hipertensión arterial</li> <li>• Promoción de la salud-bailoterapia</li> <li>• Unión familiar</li> <li>• Agradecimiento a Dios</li> </ul>
4. Con fuerza y alegría echamos pa'lante en familia, la salud de los adultos mayores con discapacidad en la casa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rescate de saberes populares</li> <li>• Carga de cuidador</li> <li>• Autopercepción de la salud</li> <li>• Dolor</li> </ul>

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

**Evaluación, socialización de resultados.** A partir de las socializaciones y el análisis realizado, con el grupo IAP y la comisión de apoyo y seguimiento, la propuesta de un programa de atención primaria se denomina: “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias”, enmarcado en la promoción de la salud desde el enfoque de Entornos saludables, considerados estos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud como aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las

oportunidades para su empoderamiento".<sup>245</sup> Queriendo con esto como fin último la generación de familias saludables.

Cada proyecto de la propuesta cuenta con seis (6) encuentros, Cada encuentro cuenta con un objetivo general y específicos y se desarrolla en 5 etapas: Etapa de sensibilización, etapa de información culturalmente adaptada, etapa de toma de decisiones, etapa de acción y etapa de cierre. Cada etapa comprende una serie de procedimientos y actividades secuenciales. Estas etapas emergieron del análisis de la trayectoria de cuidado de los participantes en la construcción del la propuesta de un programa.

A continuación se describe el contenido de cada una de las etapas y finalmente se presenta la estructura de cada proyecto.

Contenido de las etapas:

**Etapa 1:** Sensibilización: es una etapa introductoria, a lo largo de los encuentros, en esta fase se presenta a las familias el tema, el objetivo de cada encuentro y se realiza un análisis de los compromisos.

**Etapa 2:** Información culturalmente adaptada: en esta etapa, se pretende generar un diálogo de saberes entre los diferentes participantes de las familias y la líder comunitaria, acerca de las creencias y valores sobre el tema del encuentro, con el fin de generar reflexión hacia la toma de decisiones. Para ello se utilizó diversas herramientas pedagógicas como frases y datos que se obtuvieron durante la construcción de la propuesta de un programa.

**Etapa 3:** Toma de decisiones: en esta etapa se busca que el participante de la familia tome una decisión por su salud. Previo planteamiento de nuevas acciones y motivaciones para la familia referentes al mantenimiento, cambios, individuación y coherencia de la familia. Para ello se emplearon recursos como: reflexiones, historias, sociodramas, cuentos, siembra, la casa de los valores, juegos, entre otros.

**Etapa 4: Acciones de cuidado cultural:** estas acciones hacen referencia al conjunto de actividades de cuidado, dirigidas a mejorar la funcionalidad de los diferentes miembros de las familias. Teniendo en cuenta las características culturales de las personas (como sus valores, creencias y prácticas) y su contexto. Se destacaron principalmente acciones como: abrazoterapia, reflexoterapia, cuidado de un globo convertido en un hijo, escribirle

---

245 OMS. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. 1998. [en línea] Consultado [23 de abril de 2014]. Disponible en: <[http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)>.

una carta al ser querido, seguir tradiciones, diálogo, arrullos, construcción de filtros de agua, entre otros.

**Etapa 5: Cierre.** Al finalizar cada encuentro, se hace un recuento de las actividades de cuidado ejecutadas durante el mismo, haciendo énfasis en los compromisos a realizar durante la semana y refuerzo de compromisos adquiridos en cada encuentro.

## 4.3 FASE 2

### 4.3.1 Efecto de la propuesta de programa en la efectividad de la funcionalidad familiar de las familias extensas en Guapi Cauca

#### 4.3.1.1 Funcionalidad familiar

Para determinar el efecto de la propuesta del programa sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en las familias extensas en Guapi, se presenta inicialmente una comparación de los efectos obtenidos en efectividad de la funcionalidad familiar de manera global en las familias extensas del Municipio de Guapi Cauca, desde las percepciones de los niños escolares, mujeres y adultos mayores independientes y después se describen los resultados obtenidos por metas y dimensiones de acuerdo con la teoría de la Organización Sistémica de la Marie-Luise Friedemann.

**Resultados del efecto global del la propuesta de un programa en la Efectividad de la Funcionalidad Familiar.** De acuerdo con lo expuesto por Friedemann<sup>246</sup>, la salud familiar se logra a través de un balance de los cuatro propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad de forma dinámica y de acuerdo con la cambiante situación de la familia. La Clasificación Total de la Evaluación de la Efectividad de la funcionalidad familiar de Friedemann, en su versión al español, hace relación a la sumatoria de los datos obtenidos tras la aplicación de la escala diseñada para tal fin, donde el miembro de la familia reporta su percepción de la salud familiar a partir de las dimensiones.

En la figura 4 se destacan varios aspectos importantes del efecto percibido por diferentes miembros de las familias, antes y posterior a la aplicación del la propuesta de un programa de APS, así: en primer lugar, ninguna de las personas de las familias perciben la funcionalidad familiar en nivel alto, segundo: hubo un cambio significativo entre la pre prueba y la post prueba en el nivel medio, especialmente en la percepción de los niños escolares y adultos mayores independientes, que casi triplicaron el nivel intermedio. Estos datos de baja efectividad de la funcionalidad familiar relacionado con los bajos ingresos económicos de la familia pueden evidenciarse en siete estudios realizados en la

---

<sup>246</sup> FRIEDEMANN ML. Op. cit., 1995; p. 8-9,23-24.

maestría de enfermería de la Universidad Nacional<sup>247,248,249,250,251,252,253</sup>, que respaldan la afirmación de la CEPAL, la pobreza afecta más intensamente a hogares extensos y compuestos<sup>254</sup>, y refleja la situación de la familia con las siguientes expresiones: 1. "...yo pienso que si hubiese fuentes de empleo las personas vivirían menos desesperadas por trabajar y sacar sus familias adelante..." (CR) 2. "...yo no soy feliz porque mi mamá me grita mucho y me dice cosas feas como vos no haces nada y yo estoy cansada de pasar trabajo" (FR). 3. "...estoy triste porque en mi casa no hay para comer y mi mamá salió a ver que consigue para mí y mis hermanos" (PL).

Sin embargo, un estudio de la efectividad de la funcionalidad familiar, afirma que esta puede estar soportada en redes de apoyo<sup>255</sup>, estrategia trabajada en el la propuesta de un programa, que mostró buenos resultados, expresados durante algunas sesiones y registradas en los archivos de datos cualitativos como: 1. "...ahora yo voy a la fundación y sé que allá el profe nos da un líquido y galletas..." (niño PL). 2. "...cuando llegué a mi casa mi mamá se puso contenta cuando le di una abrazo, entonces le dije que aquí me habían dicho que eso era bueno..." (niño EM). 3. "...estar aquí lo libera a uno de tantos pensamientos..." (Adulto mayor MA). 4. "...es muy bueno poder compartir con todos ustedes, pues ahora son parte de mi familia" (adulto mayor SA).

La propuesta de un programa promueve en las familias guapireñas participantes, una base para "sobrellevar la vida" como ellos mismos expresan y fomentar conservación del sistema familiar. Al respecto; Valle (2011)<sup>256</sup> refiere: "las familias se nutren del entorno donde habitan, intercambiando información y logrando niveles de interacción constante con el medio", aspecto logrado con la propuesta del programa de APS de manera que permitió generar estabilidad en las familias sobre todo en los niños escolares y adultos mayores.

---

<sup>247</sup> VILLALOBOS B. Op cit. 2007. P 134.

<sup>248</sup> VALLE R. Op cit. 2012.

<sup>249</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007.

<sup>250</sup> GALÁN E. Op cit. 2008 p 103.

<sup>251</sup> OSORNO M. Op cit. 2007.

<sup>252</sup> BOLÍVAR Y. Op. cit., 2006; p.63.

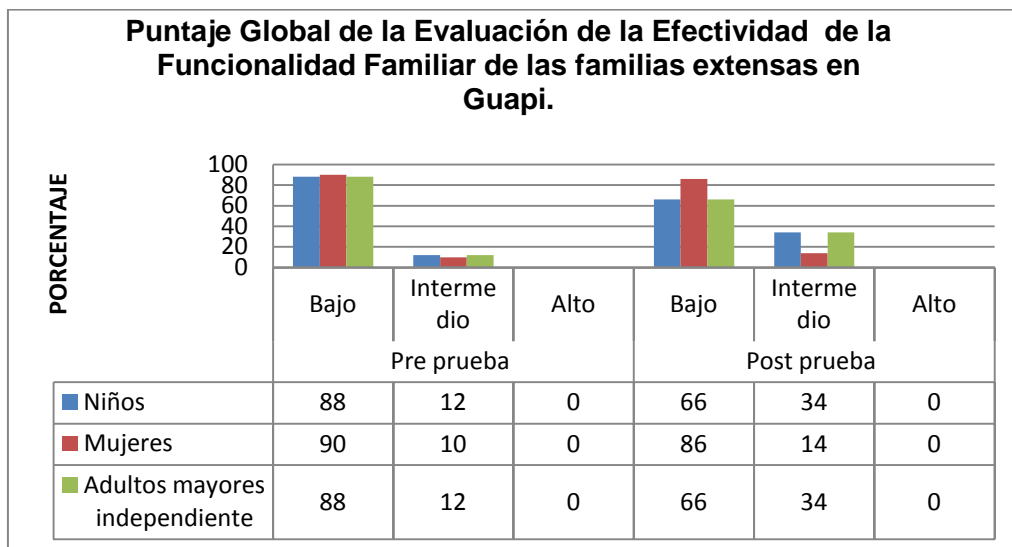
<sup>253</sup> BOLAÑO D. et al. Op cit. 2013.

<sup>254</sup> CEPAL. Pobreza en América Latina: Nuevos escenarios y desafíos de políticas para el hábitat urbano. División de Medio Ambiente y Asentamientos Humanos Santiago de Chile, octubre de 2000. [en línea]. [Consultado 2012 sep. 15]. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/5637/lcl1429e.pdf>

<sup>255</sup> HERRERA P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1997. 13(6): 591-595 [en línea]. Consultado [28 de mayo de 2014] Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0864-21251997000600013Ing=e&snrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-21251997000600013Ing=e&snrm=iso)>ISSN 0864-2125>.

<sup>256</sup> VALLE R. Op cit. 2012.

**Figura 4.** Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar de las familias extensas en Guapi.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

Por otra parte, la figura 2 permite observar, como las mujeres reportaron un leve efecto positivo de la propuesta del programa, pasando de un nivel intermedio en la pre prueba de 10 por ciento a 14 por ciento en la post prueba, lo que posiblemente podría explicarse, a partir de los hallazgos en la literatura, que refiere que la participación social en las mujeres en programas de salud ha estado íntimamente ligada a la forma en que se concibe generalmente el papel de la mujer como cuidadora de la salud en la familia y de los grupos especiales, de ahí la importancia de dar una nueva visión del papel de la mujer en Promoción de la Salud. La participación activa de las mujeres en programas de salud muchas veces se dificulta por la distribución del tiempo en diversas tareas del hogar y laborales, que influyen en la participación y el estado de ánimo de cada una de ellas. Además de ser jefes del hogar como lo reportan de igual manera otros estudios<sup>257, 258</sup>.

Desde los datos de los diarios de campo, durante la aplicación de la propuesta del programa las mujeres expresaban satisfacción al hablarles de aspectos relacionados directamente con ellas, por ejemplo, autoexamen de seno, importancia de la citología, emprendimiento en trabajo, creación de pequeñas microempresas, y aspectos culturales, refiriéndose así: 1. "...es importante cuidar el cuerpo para que no le de a uno cáncer...". (RG) 2. "...prefiero cuidarme que andar adormitadas y podridas por dentro...". (LM) 3.

<sup>257</sup> OSORNO M. Op cit. 2007.

<sup>258</sup> BOLAÑO D. et al. Op cit. 2013, p 3-10.

“...la historia de Antuca es la historia de algunas mujeres y las vivencias de algunos hogares de Guapi, no deben callar esos abusos...” (EV).

Sin embargo al hablarles sobre su rol como madres y cuidadoras de sus hijos, en algunas ocasiones referían aspectos como: 1. “...es lamentable saber que algunas no pueden ni manejar su propio tiempo...” (LC) 2. “...las mujeres responden que las cursilerías hoy en día no se ven, al decir que una muestra de cariño hacia sus hijos como darle un abrazo y un beso...”. (LC) 3. “...solo creen que sirven para entregarse al hogar y los hijos...” (LC)

Estas expresiones, muestran la importancia de empoderar a las mujeres ejerciendo diferentes roles, dado que cuando se les habla de temas directamente relacionados con ellas responden positivamente a estos, sin embargo cuando se les habla de su rol como cuidadoras de sus hijos pierden el entusiasmo.

De acuerdo con la CEPAL<sup>259</sup>, diversos estudios señalan que la pobreza y las Necesidades Básicas insatisfechas son mayores cuando los hogares cuentan con jefatura femenina, adicional a esto se tiene el supuesto que las niñas, desde muy pequeñas, son objeto de abuso, y miles de ellas se incorporan a la prostitución para poder sobrevivir. Es importante señalar entonces, que los países que invierten en la promoción del estatus social y económico femenino suelen tener menos pobreza. Así, el empoderamiento social y político por parte de la mujer afrocolombiana debe asumirse como una necesidad prioritaria dentro del proceso reivindicativo de la población afro y emprender una lucha por el progreso social y el derecho a la vida con dignidad, la mujer afroamericana que ha creado su propia cultura del trabajo, jamás ha permitido que se le considere un apéndice del hombre o un parásito social; trabajando como sea posible, no ha temido enfrentarse sola a la responsabilidad del sostenimiento familiar trabajando en la mina, la agricultura, la pesca, en el subempleo urbano o luchando por mejores oportunidades en sectores como la enfermería, la educación y el comercio.

Tomar las riendas de su vida en sus relaciones familiares y sociales es una necesidad vital para ella. Convertida simplemente en un elemento de autonomía con significación política y de ejercicio de la ciudadanía. Lo que se plantea es la posibilidad de la igualdad no de las mujeres con respecto a los hombres, sino de ambos en concordancia con aspectos como: los derechos, la autonomía, para no ser consideradas ni más ni menos que nadie, para poder ser simplemente diferentes. Y así llevar a la práctica lo propuesto en la Constitución Política de Colombia<sup>260</sup>, el Artículo 40: Las autoridades garantizarán la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la administración pública. Artículo 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, la mujer no podrá ser sometida a ninguna discriminación; el Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

---

<sup>259</sup> CEPAL. Op cit. 2000.

<sup>260</sup> Constitución Política de la República de Colombia 1991.

Con lo anterior, es importante tener en cuenta lo reportado en un estudio y es que “los seres humanos hacen de la espiritualidad una forma de luchar contra la impotencia o la imposibilidad humana para realizar sus sueños”<sup>261</sup>.

### **Efecto de la propuesta de un programa de APS en la funcionalidad familiar desde los niños escolares**

Después de aplicar la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante la salud de los niños escolares de las familias extensas del Municipio de Guapi-Cauca, se desataca que ningún niño percibe su familia con alto nivel de efectividad en la funcionalidad familiar, predominando la percepción de nivel bajo de funcionalidad. La aplicación de la propuesta de un programa muestra variación del nivel intermedio, de la efectividad de la funcionalidad familiar pasando de 12 a 34 por ciento (Tabla 13). Sin embargo llama la atención que después de aplicar la propuesta de un programa, más de la mitad de los niños escolares perciben baja la efectividad de la funcionalidad familiar (66%), con la probabilidad de que las familias que se encuentran en un nivel intermedio vuelvan a migrar a un nivel bajo si los familias no continúan trabajando en las diferentes metas del sistema.

Los anteriores resultados muestran que la propuesta de un programa de APS tuvo un efecto en la efectividad de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños escolares, lo que indica que la propuesta de un programa induce a generar una red social de apoyo para enfrentar diversas situaciones y crisis que el niño debe superar para que su desarrollo sea adecuado y así lograr la subsistencia y conservación del sistema familiar. Por lo tanto, como afirma Valle<sup>262</sup> “las familias se nutren del entorno donde habitan, intercambiando información y logrando niveles de interacción constante con el medio”, aspectos que se promovieron de manera constante en estas familias.

---

<sup>261</sup> GALÁN E. 2008. P. 109..

<sup>262</sup> VALLE R. Op cit. 2012 p 68-74.

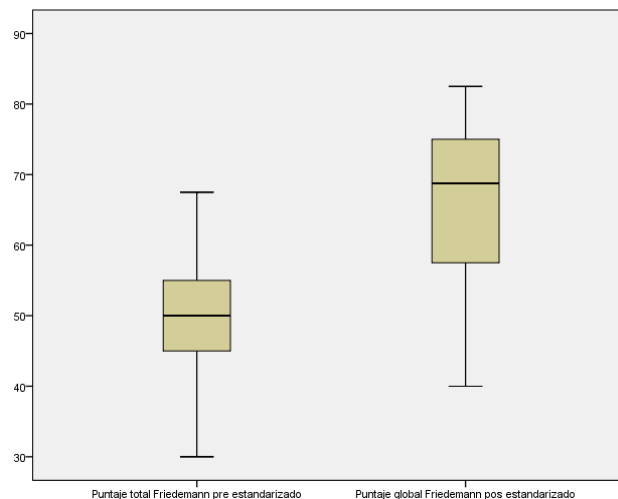
**Tabla 13.** Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.

Nivel de efectividad funcionalidad familiar en los niños escolares	Pre-prueba		Post-prueba	
	Frec	%	Frec	%
Bajo	44	88	33	66
Intermedio	6	12	17	34
Alto	0	0	0	0
Total	50	100	50	100

Fuente: Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

La figura 5 muestra, una diferencia entre la pre prueba y la pos prueba, considerando entonces que la propuesta de un programa de APS surte efecto positivo en la aplicación de la propuesta de un programa en las familias del Municipio de Guapi-Cauca desde la percepción de los niños escolares, con un aumento de la media (pasando de 50 a 70). De acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon, los resultados presentados tienen un valor-p de cero (<0.001) lo que nos permite rechazar la primera hipótesis nula que considera: la aplicación de la propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario, no tiene efecto sobre la percepción de la funcionalidad familiar en los niños de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca. Lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS tiene un efecto sobre la efectividad de la funcionalidad de las familias según la percepción de los escolares.

**Figura 5.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

De acuerdo con estudios descriptivos realizados en Bogotá<sup>263</sup>, Paipa<sup>264</sup> y Sincelejo<sup>265</sup>, las familias del Municipio de Guapi se comportan de manera similar a las familias de Sincelejo<sup>266</sup> donde la mayoría se encuentran en un nivel bajo (81.9%), posiblemente por las características socioeconómicas de las familias estudiadas y la presencia del conflicto armado en estos municipios. Es importante aclarar que en este estudio fueron los niños en edad escolar quienes hablaron de sus familias a la líder comunitaria previamente capacitada y quien diligenció el instrumento y no los adultos como es lo registrado en otros estudios.

#### **4.3.1.2 Efecto de la propuesta de un programa de APS en la funcionalidad familiar desde los niños escolares**

Después de aplicar el la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante la salud de los niños escolares de las familias extensas del Municipio de Guapi-Cauca, se desataca que ningún niño percibe su familia con alto nivel de efectividad en la funcionalidad familiar, predominando la percepción de nivel bajo de funcionalidad. La aplicación de la propuesta de un programa muestra variación del nivel intermedio, de la efectividad de la funcionalidad familiar pasando de 12 a 34 por ciento (Tabla 13). Sin embargo llama la atención que después de aplicar la propuesta de un programa, más de la mitad de los niños escolares perciben baja la efectividad de la funcionalidad familiar (66%), con la probabilidad de que las familias que se encuentran en un nivel intermedio vuelvan a migrar a un nivel bajo si los familias no continúan trabajando en las diferentes metas del sistema.

Los anteriores resultados muestran que la propuesta de un programa de APS tuvo un efecto en la efectividad de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños escolares, lo que indica que la propuesta de un programa induce a generar una red social de apoyo para enfrentar diversas situaciones y crisis que el niño debe superar para que su desarrollo sea adecuado y así lograr la subsistencia y conservación del sistema familiar. Por lo tanto, como afirma Valle<sup>267</sup> “las familias se nutren del entorno donde habitan, intercambiando información y logrando niveles de interacción constante con el medio”, aspectos que se promovieron de manera constante en estas familias.

---

<sup>263</sup> VILLALOBOS B. Op.cit. 2007. P 1-167.

<sup>264</sup> GALÁN E. Op.cit. 2008 p 1-147.

<sup>265</sup> BOLAÑO D. et al. Op.cit. 2013. P 3-10

<sup>266</sup> BOLAÑO D. et al. Ibíd.

<sup>267</sup> VALLE R. Op cit. 2012 p 68-74.

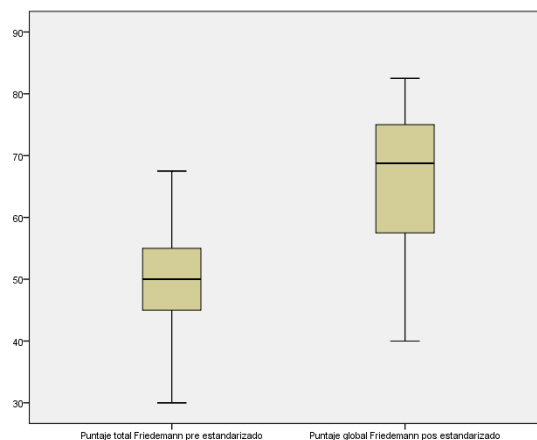
**Tabla 14.** Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi

Nivel de efectividad funcionalidad familiar en los niños escolares	Pre-prueba		Post-prueba	
	Frec	%	Frec	%
Bajo	44	88	33	66
Intermedio	6	12	17	34
Alto	0	0	0	0
Total	50	100	50	100

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

La figura 5 muestra, una diferencia entre la pre prueba y la pos prueba, considerando entonces que la propuesta de un programa de APS surte efecto positivo en la aplicación de la propuesta de un programa en las familias del Municipio de Guapi-Cauca desde la percepción de los niños escolares, con un aumento de la media (pasando de 50 a 70). De acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon, los resultados presentados tienen un valor-p de cero ( $<0.001$ ) lo que nos permite rechazar la primera hipótesis nula que considera: la aplicación de la propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario, no tiene efecto sobre la percepción de la funcionalidad familiar en los niños de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca. Lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS tiene un efecto sobre la efectividad de la funcionalidad de las familias según la percepción de los escolares.

**Figura 6.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

De acuerdo con estudios descriptivos realizados en Bogotá<sup>268</sup>, Paipa<sup>269</sup> y Sincelejo<sup>270</sup>, las familias del Municipio de Guapi se comportan de manera similar a las familias de Sincelejo<sup>271</sup> donde la mayoría se encuentran en un nivel bajo (81.9%), posiblemente por las características socioeconómicas de las familias estudiadas y la presencia del conflicto armado en estos municipios. Es importante aclarar que en este estudio fueron los niños en edad escolar quienes hablaron de sus familias a la líder comunitaria previamente capacitada y quien diligenció el instrumento y no los adultos como es lo registrado en otros estudios.

### **Efecto de la propuesta de un programa de APS en las dimensiones del sistema familiar desde la percepción de los niños escolares**

La figura 6, muestra los resultados del efecto de la propuesta de un programa de APS, frente a las cuatro dimensiones, destacándose inicialmente en las familias una percepción principalmente en un nivel medio y bajo de funcionalidad en todas las dimensiones, y al finalizar la propuesta de un programa se evidencia un predominio de percepción en los niveles intermedio y alto, este nivel alto presento cambio en todas las dimensiones así: mantenimiento (pasa de 2% a 64%), cambio (pasa de 8% a 10%), individuación (pasa de 10% a 38%) y coherencia (pasa de 8% a 26%).

Analizando el reporte estadístico de la evaluación de la aplicación de la propuesta de un programa según las dimensiones de la efectividad de la funcionalidad familiar, en la figura 5, se observan los resultados del efecto de la propuesta de un programa de APS en las cuatro dimensiones, presentando una aparente diferencia positiva, y una alguna variabilidad. La aplicación de la prueba de rango asignado de Wilcoxon permitió obtener un Valor  $-p$  menor a 0.05, es decir confirma que la propuesta de un programa tuvo efecto positivo en la efectividad de la funcionalidad familiar en las cuatro dimensiones desde la percepción de los niños escolares (Tabla 17).

---

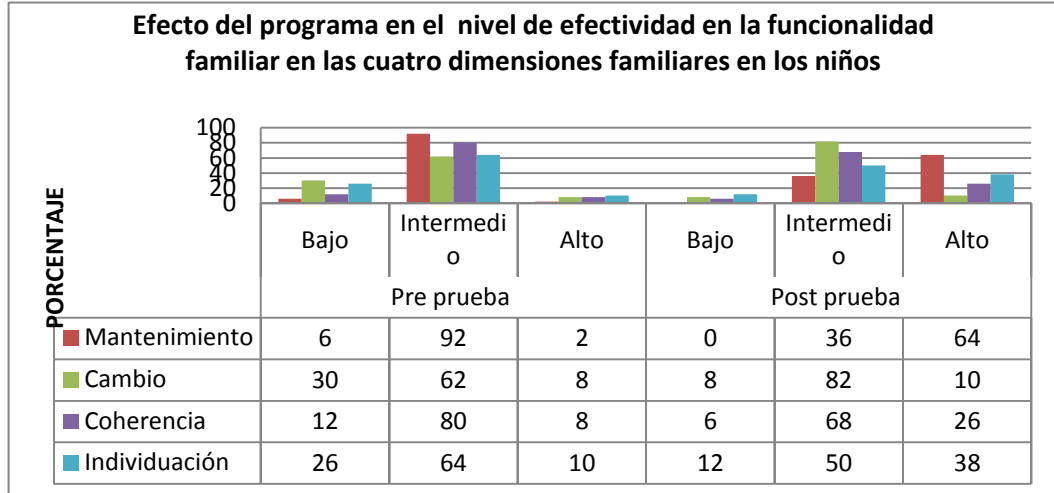
<sup>268</sup> VILLALOBOS B. Op.cit. 2007. P 1-167.

<sup>269</sup> GALÁN E. Op.cit. 2008 p 1-147.

<sup>270</sup> BOLAÑO D. et al. Op.cit. 2013. P 3-10

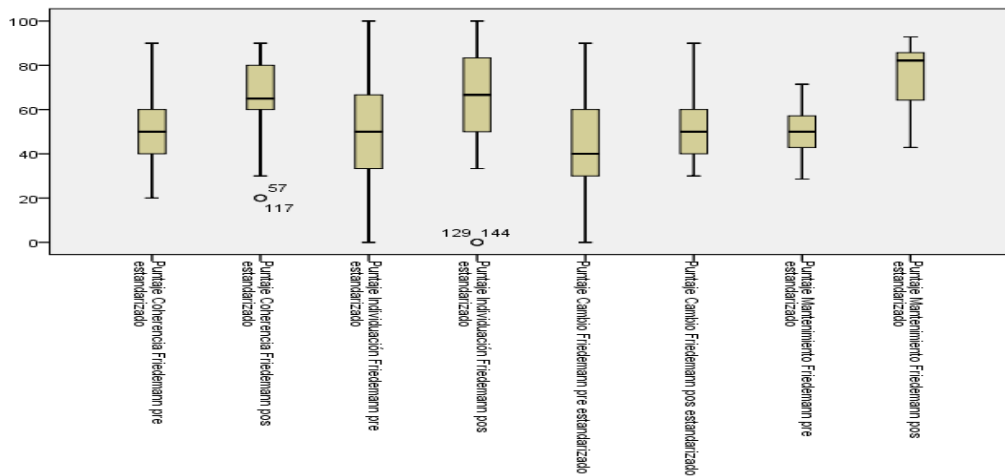
<sup>271</sup> BOLAÑO D. et al. Ibíd.

**Figura 7.** Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los niños escolares.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

**Figura 8.** Resumen estadístico básico del efecto de la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los niños escolares.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

**Tabla 15.** Resumen estadístico del Efecto de la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.

Puntaje total	Dimensiones de la efectividad familiar			
Valor-p	Coherencia	individuación	Cambio	Mantenimiento
<0,001	0,003	0,011	0,021	<0,001

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

A continuación se presenta un análisis más detallado a partir de los ítems más representativos lo cual permite demostrar los hallazgos.

### Dimensión de mantenimiento del sistema familiar (MS)

La mayoría de los niños escolares percibe la dimensión de mantenimiento en nivel medio antes de la propuesta de un programa (92%). El principal logro de la propuesta de un programa se refleja en el paso del nivel alto de funcionalidad de 2 a 64 por ciento (Figura 5). En esta dimensión, hubo una variabilidad mayor en la pos-prueba frente a la pre-prueba, con un aumento de la media, Los anteriores datos coinciden con lo que se observa en la figura 7, donde se observa una aparente diferencia en esta dimensión de la pre prueba a la pos prueba en sentido positivo, siendo evidente un aumento de la media, con una variabilidad similar. Estos datos de acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon presenta un valor-p de <0,001 (Tabla 14), lo que demuestra un efecto positivo de la propuesta de un programa en dimensión del mantenimiento desde la percepción de los niños escolares. Este logro se obtiene principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

En anexo M se presentan los ítems de la dimensión de mantenimiento, donde se puede observar que antes de la aplicación del la propuesta de un programa, menos de la mitad de los participantes se percibía en un nivel alto de funcionalidad (44%). Al revisar minuciosamente esta dimensión, se encontró que los ítems que más bajo puntuaron en el nivel alto en la pre prueba fueron: **MS2 Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente sino también en otros miembros de la familia (22%), MS 9 Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos. (22%) y MS 14 Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido (26%)**. Estos ítems son de los más representativos para el estudio ya que el porcentaje de familias que presentan esta condición es bastante bajo en el nivel alto (cerca de la cuarta parte de las familias), por lo que se consideró fundamental que el la propuesta de un programa se realizara en el Centro de formación Juan Pablo II, ya que las familias están motivadas a participar en la educación de los niños y se logra impactar positivamente a la mayoría de sus miembros afectando así la funcionalidad familiar, como lo demuestran los resultados obtenidos en la post prueba donde se lograron **MS 2 Usualmente no sólo pensamos en**

*nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia (pasando de 22% a 80%), MS 9 Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos (pasando de 22% a 70%). Sin embargo el MS 14 Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido, no registro ningún cambio (26%), lo que sugiere a la escuela continuar trabajando en la reflexión del aprendizaje especialmente de resolución de problemas.*

Por otra parte, estos resultados muestran que las familias lograron mejorar la percepción y trabajar en un nivel alto por el mantenimiento del sistema familiar a través de la unión familiar (ítem 16, pasó de 32 a 62%), la celebración de fechas especiales (ítem 19, pasó de 44 a 72%) y sabemos en la familia cuando alguien tiene problemas (ítem 6 (pasó de 30 a 78%), ítems que favorecen la funcionalidad familiar.

Esto permite tener un reflejo de la familia desde su estructura y control, con la forma como establece los rituales, pauta las normas, y transmite costumbres, como también la forma de discernir, ejercicio que dentro de la dinámica familiar mantiene su flexibilidad. Es en este aspecto donde los servicios de salud y educación, con promoción de la salud pueden entrar a intervenir para transformar esta realidad y permitir que más familias mejoren su funcionalidad familiar, afronten de mejor manera la problemática presentada en las familias afrocolombianas, mejorando la comunicación (2, 6, 9) y la transmisión de la cultura a través de las celebraciones especiales que realizan en el Municipio siguiendo unos rituales y creencias propias de ellos (19). Esto se logró en conjunto de trabajo con los abuelos y las madres, lo que nos indica que el la propuesta de un programa de APS aporta de manera importante al mejoramiento de percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar de las familias de estos niños en edad escolar.

Al comparar estos resultados con la literatura, en el Anexo N se observa que los resultados en la pre prueba no se parecen a ninguno de los estudios encontrados, sin embargo en la post prueba los resultados son muy similares a un estudio realizado con adolescentes escolarizados en Bogotá<sup>272</sup>. Teniendo en cuenta que las edades son diferentes, dado que en la adolescencia se incrementan los conflictos con los padres por el cuestionamiento de normas, y las diferencias en expectativas y creencias con respecto a la vida, dadas las condiciones de pobreza, inseguridad y demás en el Municipio de Guapi, esta situación ha hecho que los niños en edad escolar tengan que ejercer otros roles diferentes a los correspondientes con su edad tales como efectuar labores del hogar, trabajar, pensar en cómo ayudar a su familia económicamente, entre otros, y aunque las características socioeconómicas son similares en la mayoría de los estudios, en el municipio de Guapi es más acentuada la vulnerabilidad económica por las condiciones expresadas en el marco teórico del presente trabajo.

---

<sup>272</sup> BOLÍVAR SUÁREZ Yolima. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados. Tesis (Maestría en Enfermería) -- Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería, 2007.

### **Dimensión de coherencia del sistema familiar (C):**

La dimensión de coherencia obtuvo mejoría en el nivel de funcionamiento, aumentando el porcentaje en la pre prueba del nivel intermedio, pasando de 62 a 82 por ciento, y del nivel alto de 8 a 10 por ciento en la pos prueba (Figura 5).

Al observar la figura 7, se muestra que en estos datos existe una diferencia entre la pre y post prueba, se observan dos casos extremos en la post prueba que son dos niños que piensan que en su familia hace falta el perdón por una situación vivida previamente, a los cuales se les realiza un seguimiento. Los anteriores resultados comprueban que el la propuesta de un programa logró un efecto en esta dimensión que es estadísticamente significativo a través de la prueba de rango asignado de Wilcoxon un valor de  $p < 0.003$  (Tabla 16), logro obtenido principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

El anexo Ñ presenta los ítems de la dimensión de coherencia (**C**) donde se encontró en la pre prueba un predominio del nivel intermedio representado por los ítem: **C 5**. *En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos (52%)*, **C1**. *En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos (64 %)*, **C 10**. *En nuestra familia algunos podrían colaborar más (52%)* y **C 18** *Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos (38%), lo que sugiere que en estos niños es importante trabajar la unión con su familia, generar en cada uno de sus miembros un sentido de pertenencia y mejorar no solo la comunicación verbal sino la no verbal que según estos resultados son los que a los niños más llaman la atención.*

Debe destacarse como hecho satisfactorio que se presentó, después de aplicar el la propuesta de un programa de APS la mayoría de los niños escolares se posicionaron en un nivel alto en los ítems: **C1**. *Generalmente, nuestra familia está feliz (pasando de 28 a 62%)* y **C 18** *Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto (pasando de 30 a 58%)*. Pero llama la atención que la percepción de los niños escolares se mantuvo en el nivel intermedio en los ítem **C5** *En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos (pasando de 52 a 48%)* y **C15** *En nuestra familia todos podemos opinar (pasando de 40 a 48%)*. Resultados que demuestran que aunque los niños perciben más unión, felicidad y seguridad en sus familias mejorando su autoestima, aun no se encuentran totalmente satisfechos con estas para llegar a sentirse orgullosos de su familia, lo que sugiere que en los citados aspectos se debe priorizar en los programas de APS, con el fin de que los niños se sientan orgullosos de pertenecer a esa familia.

Estos resultados, son diferentes a los reportados por estudios descriptivos en la pre prueba, sin embargo los datos de la pos prueba se acercan un poco a los datos reportados en Sincelejo y Paipa, en los cuales se resalta que el entorno “familiar

constituye un factor cultural de trascendental importancia en la vida del niño, tanto desde el punto de vista de su ser social como de su personalidad<sup>273</sup> situación que lleva a pensar que el la propuesta de un programa de APS desde el entorno de la escuela constituye una puerta de entrada a esas relaciones familiares, generándose como red de apoyo para el desarrollo individual, familiar y colectivo de estos niños en edad escolar, esto se logra a través de lo que algunos autores denominada crianza con amor “definida como el acompañamiento inteligente y comprensivo por parte de los padres y adultos importantes en la vida del niño o niña con base en el amor y las buenas prácticas familiares y culturales”<sup>274</sup> donde la expresión de cariño y afecto en el binomio madre-hijo es clave.

### **Dimensión de individuación del sistema familiar (I):**

La dimensión de individuación obtuvo una variación en el nivel alto de efectividad en el funcionamiento familiar, pasando de 10 a 38 por ciento, sin embargo tanto en la pre como en la pos prueba estas familias se mantienen en un nivel intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar desde la perspectiva de los niños escolares (Figura 6), resultados similares a cinco estudios reportados por la literatura en Bogotá, Paipa y Sincelejo. Reflejando entonces que existe una unión de los integrantes de la familia con otros sistemas específicamente los ambientales que es preciso fortalecer teniendo en cuenta las condiciones económicas, políticas, sociales, ambientales entre otras del Municipio de Guapi que se mencionaron en otro apartado de este documento.

La figura 7 muestra una variabilidad la dimensión de individuación, diferencias entre la pre y pos prueba, logrando un cambio positivo, sin embargo se presentan dos casos atípicos en lo que los niños presentan un puntaje bajo en la pos prueba, los resultados comprueban que el la propuesta de un programa obtuvo un efecto positivo en la dimensión de individuación con valor de p de 0.011, (según prueba de rango signado de Wilcoxon), logro obtenido principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

Al explorar la dimensión Individuación del sistema familiar (I) por ítem (Anexo O), puede advertirse que el nivel intermedio obtuvo la mayor puntuación durante la pre prueba en los ítem **I.7** Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita (64%) y **I.3** Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia (60%), excepto el ítem **I.12** Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas (46%) que se mostró en un nivel alto. Lo que sugiere la necesidad de trabajar en la participación y generar redes de apoyo con la comunidad.

---

<sup>273</sup> BOLAÑO CASTRO D. et al.. 2013. Op. cit.

<sup>274</sup> Biblioteca de la madre líder, crianza con amor. Cartilla No 12. Agencia presidencial para la acción social y la cooperación internacional. Programa familias en acción.  
<http://www.dps.gov.co/documentos/FA/Crianza%20con%20amor.pdf>

Después de aplicar el la propuesta de un programa, los resultados muestran un efecto principalmente en los ítems *I.3 si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, les gusta participar* (que paso de 24 a 74%) y *I.7 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* (que paso de 24 a 62%), siendo estos los que más requerían fortalecer de acuerdo con los resultados previamente planteados. Esto es un logro para el estudio muy importante a la hora de intervenir desde salud y enfermería en estas familias, lo cual indica que el la propuesta de un programa de APS propicia la participación, el diálogo con sus familiares, vecinos, amigos, buscando crear redes de apoyo con la iglesia, profesionales de las instituciones educativas, de salud, culturales y de carácter social. Es importante que los niños escolares aprendan sobre derechos y deberes, claves para su fortalecimiento.

Sin embargo el ítem: *I.12 Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas* pasó de un nivel alto (46%) a un nivel bajo (40%), lo que sugiere que casi la mitad los escolares tenían confianza con sus profesores, sin embargo la pos prueba mostró una disminución a 30 por ciento, indicando esto la importancia del trabajo de salud en el ámbito escolar, con el fin de generar confianza de los niños en los profesores, de manera que aprendan a buscar apoyo en personas claves en momentos críticos.

De acuerdo con algunos estudios realizados en familias con niños y adolescentes, todos presentan un nivel intermedio en esta dimensión, situación similar a los resultados presentados en este estudio en la pos prueba más no en la pre prueba. De acuerdo con Villalobos<sup>275</sup> estos resultados reflejan la unión de los integrantes de la familia con otros sistemas, en este caso específicamente con la escuela.

### **Dimensión de Cambio del Sistema familiar (CS)**

La dimensión de cambio del sistema obtuvo una variación en el nivel de funcionamiento, con predominio tanto en la pre prueba como en la pos prueba del nivel intermedio (pasando de 62 a 82%) y en menor medida con el nivel alto (pasando de 8 a 10%) (Figura 6). La figura 6, muestra que aparentemente existe una diferencia mínima entre la pre y post prueba, sin embargo la pos prueba disminuye la variabilidad y el valor mínimo, manteniéndose el valor máximo, al realizar la prueba rango signado de Wilcoxon, se obtiene un valor-p de 0.021 lo que comprueba que el la propuesta de un programa logró un efecto positivo en la dimensión de cambio en la efectividad de la funcionalidad familiar desde la perspectiva de los niños (Tabla 4).

---

<sup>275</sup> VILLALOBOS B. Op cit. 2007. p. 113-114.

Estos resultados son similares a los presentados en la pre prueba los reportados por Villalobos<sup>276</sup> (63%) y en la pos prueba los reportados por Bolaño<sup>277</sup> en un estudio realizado en Sincelejo (86%) con predominio del nivel intermedio, donde destaca la necesidad de generar en estas familias autonomía en cada uno de los miembros de la familia de acuerdo con Galán<sup>278</sup>, estas familias “tienen dificultad para asumir nuevos comportamientos que impiden a la familia cambiar en aspectos que pueden mejorar su estado de salud, relaciones internas, tomar decisiones conjuntas y elegir nuevas prioridades” Los hallazgos de las familias guapireñas, en los niños permitieron generar cambios en sus familias, por ejemplo el hecho de aprender a realizar un filtro de agua y usarlo en el hogar para evitar enfermedades gastrointestinales fue uno de esos cambios con los que aportó el la propuesta de un programa de APS.

Haciendo un seguimiento a los ítems de esta dimensión de cambio del sistema (CS), (Anexo P) se evidencia que en la pre prueba la mayoría de las familias desde la perspectiva de los niños escolares se encuentra en un nivel intermedio en los ítems: **CS 8** *Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos* (58%) **CS 13** *Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad* (48%) y **CS 4** *No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio* (38%), lo que sugiere que estos niños no tienen redes de apoyo en su comunidad que les permita acudir a ellos en caso de algún problema, sin embargo existe la posibilidad de que esta inseguridad que plantean pueda ser dada la situación de violencia que vive el Municipio de Guapi en este momento.

A pesar de esta situación dos ítem puntúan en un nivel alto en esta dimensión durante la pre prueba así: **CS 17** *En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás* (46%) y **CS 20** *En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos* (40%), sin embargo esta situación plantea la posibilidad que en estas familias exista un déficit de autoridad, pautas y valores que le permitan a estos niños ser direccionados que de acuerdo con Villalobos implica generar “autonomía como elemento de confianza dentro del grupo familiar”<sup>279</sup>.

Al aplicar el la propuesta de un programa se fortaleció en el nivel alto los ítems: **CS 8** *Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian* (pasó de 30 a 64%); **CS 4** *Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente* (pasó de 38 a 82%). Estos logros sugieren que estas familias consiguieron generar cambios, adaptando nuevos comportamientos y acciones comunitarias en las que los niños participaron como fue la limpieza, higiene, uso de filtros de agua, la vacunación, por el buen trato, entre otras que fortalecieron el trabajo con estos niños escolares.

---

<sup>276</sup> *Ibíd.*, p. 115.

<sup>277</sup> BOLAÑO D. et al. Op cit. 2013. P 3-10.

<sup>278</sup> GALÁN E. Op cit. 2008. p 92.

<sup>279</sup> VILLALOBOS B. Op cit. p. 115.

El ítem **CS17** tuvo una variación pasando de un nivel medio, así *Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia (pasó de 28 a 58%)*, este último dato es positivo para el la propuesta de un programa dado que implica que aumenta la consulta de los niños con sus padres, profesores, vecinos y demás redes de apoyo ante las decisiones o situaciones que puedan presentarse. *Sin embargo, los dos ítems de esta dimensión que no se afectaron positivamente fueron CS 13 y CS 20 lo que podría deberse posiblemente a la situación de violencia por la que a traviesa el municipio.*

Por lo anterior, podemos afirmar que el la propuesta de un programa de APS promueve el trabajo en comunidad y la autonomía de estos niños escolares en su familia, sin embargo la situación de seguridad en el Municipio es algo que no nos permite avanzar más allá en este sentido. De acuerdo con Villalobos, Valle, Bolívar, Bolaño, los datos de la pre prueba, son semejantes en el presente estudio, predominando en todos el nivel intermedio, según Valle<sup>280</sup> en las familias con niños escolares no existen tensiones relevantes que motiven a estas familias a realizar cambios dentro de su estructura, sin embargo en el presente estudio se observa que después de la aplicación del la propuesta de un programa de APS las puntuaciones variaron en todos los niveles y esta variación está relacionada con el estudio realizado en Sincelejo<sup>281</sup> en el cual más del 80 por ciento de las familias se encuentran en un nivel intermedio y el porcentaje restante en el nivel alto.

La propuesta de un programa de APS buscó generar pautas, fortalecer tradiciones, valores y creencias, además de promover la autonomía para el desarrollo de habilidades, talentos y el cuidado de sí mismos a través de acciones y estrategias como el “Psiciboyo”, la siembra y la cosecha, “Petronila”, el cuidado del agua, entre otros, cuyos efectos se evidenciaron anteriormente y que se realizaron compromisos con otras instituciones como Alcaldía, Secretaría de Salud, fundaciones y Hospital para mantener estas estrategias y, en general, el la propuesta de un programa a largo plazo en el Municipio.

#### **4.3.1.3 Efecto de la propuesta de un programa de APS en las metas del sistema familiar desde la percepción de los niños escolares**

De acuerdo con lo propuesto por Friedemann<sup>282</sup>, las metas o propósitos familiares se efectúan a nivel periférico, hasta lograr el equilibrio dentro de un proceso dinámico, a través del cual un sistema saludable se ajusta continuamente para lograr la congruencia con su propio sistema y el de su ambiente. Los procesos familiares saludables permiten a cada miembro de la familia lograr su congruencia personal y manejar la ansiedad<sup>283</sup>.

---

<sup>280</sup> VALLE B. Ruth. Funcionalidad familiar de familias con niños preescolares estudiantes de colegios de Bogotá D.C. 2011. Revista Colombiana de Enfermería • Vol. 7 Año 7 P. 68-74.

<sup>281</sup> BOLAÑO et al., 2013. Op. cit.

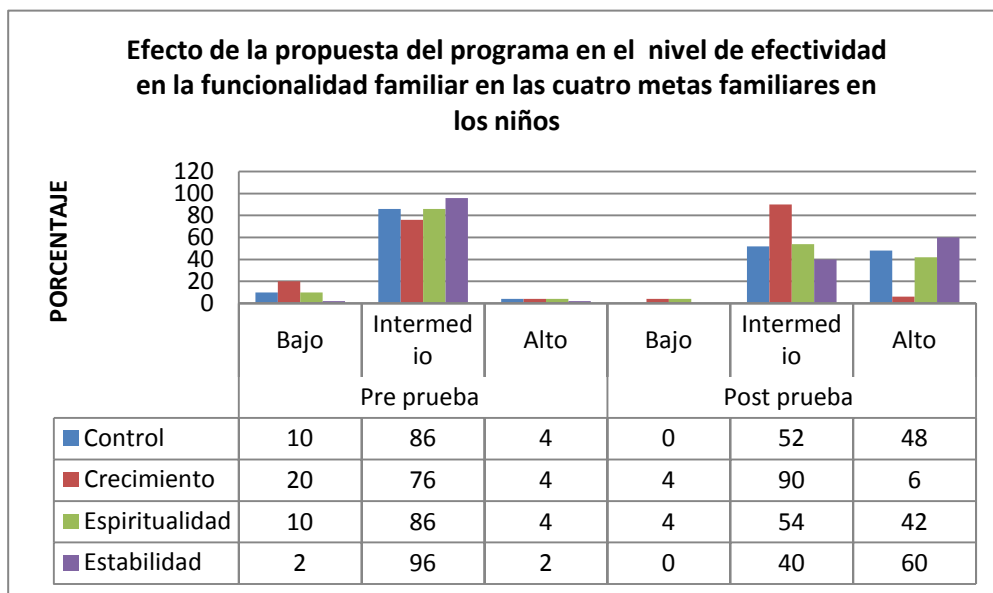
<sup>282</sup> FRIEDEMANN ML. Op. cit., 1995; p.7,19, 22.

<sup>283</sup> FRIEDEMANN, ML, SMITH, A. Op. cit., 1997; p364-378.

Constituyendo así, la fuerza evolutiva del sistema capaz de causar alteraciones en el mismo, y a su vez que la familia responda a medios sociales cambiantes.

En el estudio, los efectos de la aplicación de la propuesta de un programa muestran cumplimiento de las metas del sistema familiar en las 50 familias participantes. De acuerdo con la información que proporciona la figura 8, puede verse que todas las metas lograron un cambio positivo en el nivel alto, lo que fue demostrado con la figura 9, donde se aprecian aparentemente las diferencias entre pre y post prueba en todas las metas. Al realizar la prueba rango signado de Wilcoxon, se obtiene un valor-p en la estabilidad (<0,001), crecimiento (0,001), Control (<0,001) y espiritualidad (<0,001) lo que comprueban que la propuesta de un programa consiguió un efecto positivo en todas las metas del sistema familiar desde la perspectiva de los niños. (Tabla 17).

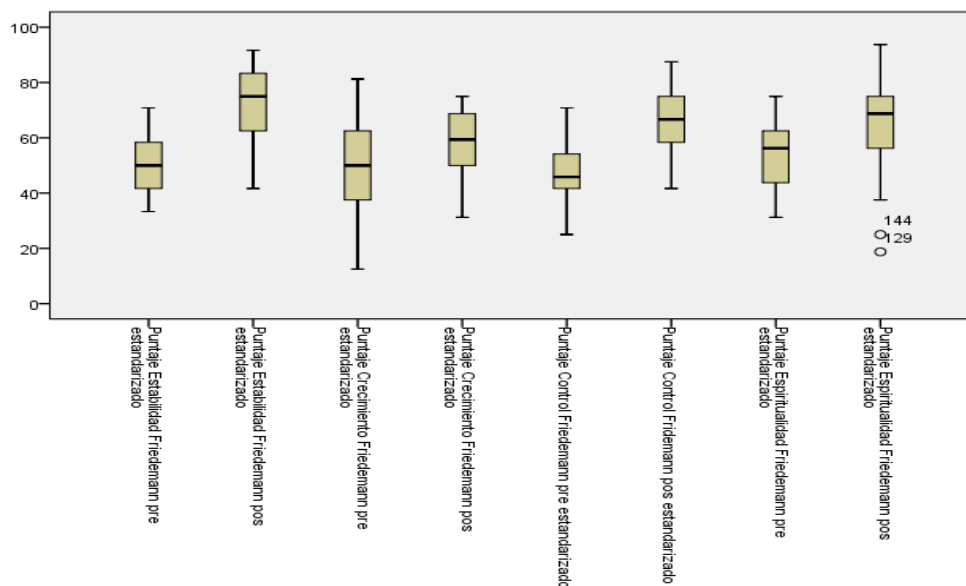
**Figura 9.** Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de los niños escolares.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

La figura 9 muestra que todas las metas familiares, según la percepción de los niños escolares presentan una diferencia entre la pre y pos prueba con aumento de la media, que son en sentido positivo, presentando una mayor variabilidad en la meta de crecimiento, resultados que son confirmados con la prueba de rango signado de Wilcoxon, que indica que los datos obtenidos en cada una de las metas de la efectividad de la funcionalidad familiar desde la perspectiva de los niños son estadísticamente significativos, es decir la propuesta de un programa tuvo efecto en todas las metas del sistema familias. (Tabla 15).

**Figura 10.** Resumen estadístico básico del efecto de la aplicación de la propuesta del la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de los niños escolares.



**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

**Tabla 16.** Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.

	Metas			
	Estabilidad	Crecimiento	Control	Espiritualidad
Valor-p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001

**Fuente:** Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

A continuación se presenta el análisis de cada una de las metas a partir de la dinámica dada por las respectivas dimensiones, lo cual concreta los hallazgos.

### Meta de estabilidad del sistema

Según lo expuesto por Friedemann, la meta de estabilidad se logra a través de las dimensiones de cohesión y el mantenimiento del sistema. El estudio desde la percepción de los niños escolares, muestra en la figura 8, que la meta de la estabilidad del sistema,

consiguió una de las mejores puntuaciones en la funcionalidad familiar, al pasar la percepción de los niños en el nivel alto de 2 a 60 por ciento.

Situación corroborada por la figura 9, en la cual se muestra una diferencia entre la pre y pos prueba en sentido positivo con un aumento en la media, datos que de acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon son estadísticamente significativos, con un valor- $p < 0,001$ , es decir que la propuesta de un programa tuvo un efecto estadísticamente significativo en la meta estabilidad de la efectividad de la funcionalidad familiar desde los niños escolares, (Tabla 15) logro obtenido principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

Los Anexos Q (pertenecen a las dimensiones de mantenimiento y coherencia), permiten observar los efectos del la propuesta de un programa sobre la Efectividad de la Funcionalidad Familiar desde la perspectiva de los niños escolares según la meta de estabilidad de las familias por ítems, en esta se aprecia que en la pre prueba los ítems que menos puntúan en el nivel alto son: **MS 2.** *Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia* (22%); **MS 9.** *Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos* (22%), lo que muestra que tan solo una cuarta parte de estas familias desde la perspectiva de niños escolares, enfrentan los problemas o las situaciones que se les presentan ya sea en su escuela o en su hogar de manera conjunta con su familia, sin embargo, la propuesta de un programa contribuyó al mejoramiento de estos dos ítems en el nivel alto: **MS 2** de 22 por ciento pasó a 80 por ciento; **MS 9** de 22 pasó a 70 por ciento, esto se realizó en la propuesta de un programa fortaleciendo y generando nuevas redes de apoyo como la escuela, fundaciones que trabajan específicamente con los niños, entre otras.

Además de fortalecer los siguientes ítems en el nivel alto: **MS 19.** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales*, (de 44% pasó a 72%) y **C1** *Generalmente nuestra familia está feliz* (pasó de 28 a 62%), en esta se fortaleció la transmisión de aspectos culturales hacia los niños, la autonomía y seguridad de los mismos dentro de sus familias, promoviendo en ellos el sentido de responsabilidad por su propio cuerpo, por sus acciones y actividades en el entorno escolar y su proyección hacia el futuro de ellos, de su familia y de su Municipio.

Sin embargo llaman la atención los ítems que se mantuvieron en un nivel intermedio: **C5** *En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos* (pasando de 48 a 50%), **MS14** *Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido* (pasando de 48 a 50%), **C10** *En nuestra familia algunos podrían colaborar más* (manteniéndose en 52%), **MS11** *Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones* (pasando de 54 a 46%) y **C15** *En nuestra familia todos podemos opinar* (pasando de 40 a 48%), lo que sugiere que es preciso fortalecer en estas familias la confianza en su familiar y el crecer con ella para lograr sentirse orgullosos de pertenecer a esa familia, por tanto los programas de salud y de APS debe enfocar más su atención en estos aspectos con el fin de contribuir no solo a la seguridad externa sino también interna a través de la generación de mejores

pautas de crianza que estén acordes con su cultura generando en estos niños un sentido de pertenencia y confianza en la familia.

La Estabilidad dentro del marco teórico de la organización sistémica, desarrollada por Friedemann, es necesaria para la supervivencia y el mantenimiento del sistema a través de la enseñanza de patrones y valores tradicionales, los cuales serán transmitidos generacionalmente, incluye la flexibilidad para generar cambios sin que se afecte la estabilidad del sistema; sin embargo, es importante recordar que la estabilidad no es equivalente a seguridad, la incorporación de valores tradicionales da sentido de pertenencia y da seguridad, fortalece la autoestima, la personalidad, de tal modo que sus miembros se sienten orgullosos de su familia<sup>284</sup>.

De acuerdo con la literatura, los estudios reportados con niños y adolescentes en esta dimensión no se encuentran similitudes en la pre prueba, pero sí en la pos prueba, dado que en estos estudios predominan el nivel alto, presentando el mayor porcentaje (82%), lo que implica que en otras partes del país la funcionalidad familiar es mayor que en el Municipio de Guapi, incluso considerando características familiares y socioeconómicas similares.

### **Meta del Control del Sistema**

De acuerdo con Friedemann<sup>285</sup> la meta de control se consigue a través de las estrategias contempladas en las dimensiones de mantenimiento y cambio del sistema.

En la meta de control se evidencia que la propuesta de un programa de APS contribuyó al mejoramiento del nivel alto pasando de 4 a 48%. Sin embargo la mayoría de las familias desde la perspectiva de los niños escolares presentan un nivel intermedio.

Situación corroborada por la figura 9, en la cual se refleja una diferencia entre la pre y pos prueba en sentido positivo con un aumento en la media, datos que de acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon son estadísticamente significativos, con un valor-p <0.001 es decir que la propuesta de un programa tuvo un efecto estadísticamente significativo en la meta de control en la efectividad de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños escolares (Tabla 15), logro obtenido principalmente por los ítems que a continuación se analizan:

Si se analiza la meta de control por ítems, se puede observar que el ítem que más puntúa en la pre prueba con nivel alto de 46 por ciento es el correspondiente a **CS 17 En**

---

<sup>284</sup> FRIEDEMANN, ML. Op. cit. 1995; p.9,21.

<sup>285</sup> FRIEDEMANN, ML. Op. cit. 1995; p.7,8.

*nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás*, situación que representa una respuesta negativa y que concuerda con los datos que resultaron de la anterior meta ya analizada, dado que estos niños no confían lo suficiente en su familia para compartir con ellos sus problemas y sus decisiones, por eso con la propuesta de un programa se buscó que la escuela se convirtiera en una red de apoyo que sirviera como un entorno en el cual ellos se desenvuelven, son escuchados en estos momentos y se les oriente adecuadamente.

Desde el Marco de la Organización Sistémica Familiar el control tiene como propósito manejar la ansiedad reduciendo las amenazas colectivas. El control familiar se logra tras la estructuración de roles y de líneas de autoridad claras; establece reglamentación de normas, con las cuales se protege la supervivencia del sistema y gana confianza. Además, refleja la autonomía a partir de lo individual con lo cual se articula al sistema familiar. Su relación con el ambiente en un sentido colectivo protege de la ansiedad, de la soledad y la vulnerabilidad y hace relación a las redes de apoyo de vecinos y amigos. Ello refleja la capacidad para buscar ayuda, y la confianza hacia los mismos.

En este sentido, se puede afirmar que la propuesta de un programa de APS en la meta de control contribuyó a establecer un efecto en el nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar principalmente en los ítems **MS 2**, *Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia* (pasó de 22 a 80%); **MS 9**, *Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos* (pasó de 22 a 80%); **MS 6** *Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas* (pasó de 30 a 78%); **CS 8** *Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian* (pasó de 30 a 64%) **MS 16** *En nuestra familia somos unidos* (pasó de 32 a 62%); **CS 4** *Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente* (pasó de 38 a 82%) y **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales* (pasó de 44 a 72%), es decir la propuesta de un programa de APS logró que las familias se unieran y empezarán a pensar en la situación individual que presenta cada miembro de ella para mejorar el control en la vida familiar, principalmente se logró disminuir en estos niños el miedo a hablar con su familia, pensar en el futuro de ellos.

Algo que vale la pena rescatar hace referencia al ítem **CS 17** *En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás*, que disminuyó pasando de 46 a 24% siendo este un logro muy importante para la propuesta de un programa, considerando el sistema de apoyo que se conformó con alguno de los miembros de su familia o las redes de apoyo para ser utilizadas por parte de los escolares, generando en ellos algún nivel de confianza que les permita hablar y permitirles ser guiados con el fin de planear su futuro y el de su familia.

Estos resultados nos permiten plantear que la propuesta de un programa aplicado co-construido con la comunidad, logra desde la percepción de los niños escolares aumentar el control de las familias, satisfaciendo su autonomía, permitiéndoles tener reglas de juego en su familia, tomar decisiones para que ellos empiecen a esta edad a planear su futuro dentro del contexto en que se desenvuelven.

De acuerdo con la literatura en esta meta las puntuaciones son diferentes, los reportes de los estudios publicados dan cuenta de una mayor puntuación en el nivel alto y este estudio tanto en la pre prueba como en la post prueba mantiene un nivel intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar, sin embargo después de la aplicación del la propuesta de un programa tiende a aumentar la puntuación en el nivel alto. Lo que implica que la mayoría de las familias en otras partes del país cuentan con un adecuado manejo y/o control de las situaciones que les generan amenazas o vulnerabilidad e impotencia para mantener un sistema familiar estable; sin embargo las familias del Municipio de Guapi dada la vulnerabilidad que presenta no logran controlar todas las amenazas que presentan, sobre todo desde las perspectivas de los niños.

### **Meta de crecimiento del sistema**

Está conformada por las dimensiones de cambio e individuación. En esta meta, la mayoría de las familias desde la perspectiva de los niños escolares se mantienen tanto en la pre como en la pos prueba en el nivel intermedio (pasando de 76 a 90%) y alto (pasando de 4 a 6%) (Figura 8). Lo que sugiere que desde la perspectiva de los niños escolares del Municipio estas familias tienden a crecer, sin embargo hay situaciones que muchas veces son ajenas a ellos como la violencia y el desplazamiento que no les permite adaptarse a cambios y establecer un rol específico dentro de la familia, sin embargo con la propuesta de un programa de APS se logró fortalecer este aspecto que necesita tener una continuidad.

Estos resultados son similares a los reportados por estudios descriptivos en los que la meta de crecimiento en las familias con niños mantienen un nivel intermedio, indicando tales estudios que las familias a pesar de ser de diversas partes del país, diferentes culturas y etnias, tienen características en común como es la dificultad de organizar prioridades y establecer actitudes de cambio que les generen nuevos conocimientos y acciones.

La figura 9, muestra una diferencia en la meta de crecimiento en las familias, entre la pre prueba y la pos prueba, lo que evidencia que la propuesta de un programa aparentemente logró una evolución, estos resultados con la aplicación de la prueba de rango signado de Wilcoxon resultan ser estadísticamente significativos con un valor-p de 0.001 (Tabla 15) es decir que la propuesta de un programa obtuvo efectos en la meta de control en la efectividad de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños escolares, logro obtenido principalmente por los ítems que a continuación se analizan:

Los resultados en la meta de crecimiento, por ítems (Anexos Ñ y O): dimensiones de cambio e individuación), muestra que los ítems que puntúan en un nivel alto en la pre prueba son **CS 17** *En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás (46%)* **CS12** *Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas (46%)* lo que sugiere que se debe trabajar en la comunicación y

en acciones desde otros sistemas y entornos que permitan el desarrollo del niño en su medio.

Uno de los efectos más importantes con la aplicación de la propuesta de un programa de APS está en los siguientes ítems, clasificados en alto nivel: **I3** *Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar* (pasando de 24 a 74%); **I7** *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* (pasando de 24 a 62%) **C4** *Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente* (pasando de 38 a 82%), lo que demuestra que la propuesta de un programa fortaleció en estos niños la interacción con los otros niños de su mismo barrio, la participación y la generación de acciones para construir un barrio limpio y un caño limpio, dado que en el municipio existe un caño que ellos denominan “el pisciboy” lleno de contaminación, en la cual muchos de estos niños acostumbran a jugar y bañarse cuando aumenta la temperatura en el Municipio. Estas acciones permitieron a los niños compartir con sus vecinos y familiares, participando en pro de su bienestar y el de su familia.

Sin embargo, existen ítems que no tuvieron cambios como el **C13** *Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos Ayudan* (pasando de 22 a 18%) se puede presentar esta situación por diversos motivos, uno de ellos es miedo, en este Municipio algunas personas refieren: “... es mejor callar y no ser “compinches” para evitar que lo relacionen a uno con otras personas, pues hace tiempo entraban a las casas de las personas a matarlas sin saber por qué...” .

Por esto, de acuerdo con los estudios descriptivos, se prevé que las actividades podrían estar dirigidas a la construcción de la autonomía como elemento de confianza, acción que se elaboró y construyó poco a poco en la propuesta de un programa a través del conocimiento de su cuerpo, de su familia y de su comunidad, ya que con esto fortalecemos la participación activa de los niños tanto en su hogar como en su entorno activo que es la escuela. En Guapi esto es fundamental dadas las situaciones económicas, sociales y políticas que deben sobrellevar adicional a las que surgen en su vida diaria para permitirles evolucionar a niveles más avanzados de seguridad y autonomía. Lo anterior permite la posibilidad que estos niños puedan llegar a la edad adulta tengan más y mejores oportunidades permitiéndoles llevar caminos de paz y generar familias saludables y con valores y rescate cultural. La comunicación es una dificultad evidente en muchas de estas familias, sin embargo el temor es algo que siempre las rodea.

### **Meta de espiritualidad del sistema**

En lo concerniente a la meta de espiritualidad de los niños escolares, la mayoría se percibe en un nivel intermedio, los hallazgos reflejan un efecto positivo de la propuesta de un programa pues esta fue una de las metas que más se fortaleció, (Figura 8). principalmente en el nivel alto que pasó de 4 por ciento en la pre prueba a 42 por ciento en la pos prueba, de esta meta hacen parte las dimensiones de individuación y coherencia, esto podría explicarse porque esta meta se enfoca a fortalecer la unión

familiar a través del amor, afecto, valores. Al principio algunos de los niños resaltaban aspectos como: "...en mi casa nadie se da un abrazo..."y al final del programa un niño manifestó: "...el valor que voy a poner en práctica en mi casa es el perdón con mi mamá...".

La figura 9 muestra la diferencia en esta meta entre la pre prueba y la post prueba, hay una mayor variabilidad de los datos en la post prueba lo que evidencia que la propuesta de un programa aparentemente logró una evolución, sin embargo aparecen dos casos atípicos que sobrepasan el valor mínimo en la post prueba, estos resultados después de la aplicación de la prueba de rango signado de Wilcoxon resultan ser estadísticamente significativos con un valor-p <0,001 (Tabla 15), es decir que la propuesta de un programa obtuvo efectos en la meta de espiritualidad en la efectividad de la funcionalidad familiar desde la percepción de los niños escolares, logro obtenido principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

Los anexos Q y O (dimensiones de individuación y coherencia) permiten observar el efecto de la propuesta de un programa por ítems en la meta de espiritualidad del sistema familiar , donde la propuesta de un programa contribuyó principalmente al fortalecimiento del nivel alto en los **I.3**, *Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar* **I.7** (pasó de 24 a 74%);, *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* (pasa de 24 a 62%) **C1**, *Generalmente nuestra familia está feliz*, (pasa de 28 a 62%), lo que sugiere que a medida que aumenta el apoyo hacia estos niños, el amor , la confianza y los valores aumenta la felicidad de sus familias.

Por tanto, la propuesta de un programa buscó rescatar acciones que se están perdiendo , como hablar a los abuelos con frases como "En nombre de Dios abuelo..." que permitieron a los niños escolares estar más cerca de sus abuelos y madres y así transmitir estas acciones a sus demás hermanos y empezar a sentir eso que ellos mismos antes referían no sentir "AMOR". También se realizaron sesiones con ejercicios abrazoterapia y reflexoterapia,

Por lo anterior, es importante tener en cuenta que puesto que la propuesta de un programa fue construido con la comunidad, estas acciones hacen parte de su cultura, sin embargo por otras circunstancias como el tiempo, la situación económica, de violencia y demás se les ha dejado a un lado, y fue lo que la propuesta de un programa intentó rescatar con cada una de sus acciones.

De acuerdo con tres estudios los niveles de espiritualidad en la pre prueba son mayores en los niveles bajos contrario a lo reportado en estos estudios donde los niveles que más puntúan son los altos e intermedios, sin embargo, en la post prueba son muy similares

los datos a los reportados por Bolívar<sup>286</sup> en Bogotá, es importante aclarar que este estudio es con adolescentes escolarizados, lo que podría significar que los niños del municipio de Guapi están realizando procesos de unión con sus familias, sin embargo en el ámbito colombiano se puede afirmar que se deben generar estudios que permitan en las familias estudiar la espiritualidad como meta resultante de la mayor unión, e inculcar costumbres que tenían hace algún tiempo estas familias, como las demostraciones de amor, afecto y cariño, algo que se ha venido perdiendo y que la propuesta de un programa ha intentado rescatar.

De los hallazgos antes descritos, se puede concluir que desde el punto de vista de los participantes las acciones propuestas por la comunidad e instituciones que se plantearon y ejecutaron a través de la propuesta de un programa contribuyeron a mejorar la funcionalidad de la familia desde la perspectiva de los niños escolares, este trabajo fortaleció en ellos los valores de su familia, las creencias y la forma de expresión a sus familias de cariño y afecto principalmente, dado que algunas de sus madres previamente referían: "...eso de los abrazos y besos ya está pasado de moda...".

De acuerdo con la literatura, estas familias desde la percepción de los niños después de la intervención cuentan con un alto nivel de seguridad y autonomía; además de mejorar la estructuración y consolidación de la personalidad de sus miembros, aportando entonces al mejoramiento del comportamiento acorde con sus ideas y creencias<sup>287</sup>, teniendo siempre presente y de manera transversal su cultura.

Estos resultados podrían explicarse desde diversas perspectivas, sin embargo una de las más evidentes son las características culturales, iniciando por su raza, de acuerdo con la literatura, las familias afrocolombianas son familias en riesgo por tener menor cohesión y unión familiar, menor comunicación entre padres e hijos, menores habilidades para afrontar adecuadamente los problemas, y mayor exposición a eventos estresantes<sup>288</sup> y esto lo revelan los resultados expresados por los niños de estas familias antes de la aplicación de la propuesta de un programa.

De acuerdo con algunos estudios, la percepción de la meta de espiritualidad en la funcionalidad familiar desde el adolescente será en algunas ocasiones baja, dado que ellos tienden a problematizar muchas situaciones, citando a Gómez (2004)<sup>289</sup> el estudio

---

<sup>286</sup> BOLÍVAR SÚAREZ Y. Op.cit. 2007.

<sup>287</sup> VALLE R. Funcionalidad familiar de familias con niños preescolares estudiantes de colegios de Bogotá D.C 2011. Consultado [10 de mayo de 2014]. Disponible en: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/funcionalidad.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/funcionalidad.pdf)>

<sup>288</sup> BOLAÑO et al. Op.cit. 2013. P 3-10

<sup>289</sup> GÓMEZ CLAVELINA, F J; CORIA, IRIGOYEN; PONCE, Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2): p 45-57. México. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación. En: Archivos Medicina Familiar, vol. 1 No 2., (feb-1999) México.

reporta que existe una correlación negativa entre la edad y la funcionalidad familiar ( $p=0.1$ ), en el estudio se describe que el trabajo de la "individuación con los adolescentes requiere de mayor energía por parte del sistema para mantener la homeostasis, pues aquí se desarrolla la estructura de identidad a través de la comunicación con otros miembros del sistema familiar. Lo que sugiere que la funcionalidad familiar en las familias con niños es baja en un poco más de la mitad de las familias. Al respecto Friedeman refiere que una familia crece a medida que sus miembros interactúan con otros sistemas como el colegio, la iglesia, entre otros<sup>290</sup>.

De acuerdo con algunos estudios<sup>291,292</sup>, cada miembro de la familia cumple con roles y actividades que se desarrollan dentro y fuera del hogar para compartir con esos otros sistemas sociales los problemas, toma de decisiones basados en las experiencias de ellos mismos y de los demás, por esto se establece desde la literatura que las familias con niños ofrecen seguridad a sus miembros a medida que aprenden valores y normas, mantienen un nivel de autoestima alto y están abiertas al cambio.

Reportes desde la literatura indican que la educación de los niños debe empezar en el seno familiar, a través de la transmisión de valores, hábitos, rutinas, pautas de crianza, entre otras que debe ser fomentada, en primer lugar, por los padres de familia. Esto, es lo que buscó la propuesta de un programa, ya que muchas de estas familias suponen que todo lo que los niños deben aprender está en su escuela o colegio, posiblemente por ser ellos personas analfabetas en algunas circunstancias o no tener tiempo para dedicarles a ellos, lo más importante debe ser la congruencia e integración del desarrollo humano, considerándose éste como el proceso por el cual una persona en crecimiento adquiere una concepción más amplia, diferenciada y válida y se vuelve capaz de realizar actividades propias de su ambiente. El desarrollo humano supone un cambio en las características de la persona, una constante reorganización en su vida que influye tanto en su percepción como en su acción. De ahí la importancia de reflexionar, analizar y describir las principales influencias de la educación y su relación con el desarrollo humano<sup>293</sup>.

La familia y la escuela son los contextos principales en los que transcurre la existencia de los más pequeños, tales ámbitos dejarán una fuerte huella en el futuro, ambos sistemas mantienen una relación complementaria bajo un común denominador, por eso en ambos ámbitos debe considerarse el juego como parte del desarrollo de estos niños: por la

---

<sup>290</sup> FRIEDEMANN. The ramework o systemic organization. Op cit . p 21

<sup>291</sup> GÓMEZ BUSTAMANTE Edna M. Efectividad de la funcionalidad familiar, en familias de preescolares, usuarios de los hogares de Bienestar Familiar de la comuna nueve del área de influencia del Centro de Atención Primaria, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena [Recurso electrónico]

<sup>292</sup> VILLALOBOS B. Op.cit. 2007. 0.1-167.

<sup>293</sup> DAMIÁN DÍAZ MILAGROS, MURIA VILA Irene Daniela. La educación primacia de la familia mediatizada por las instituciones educativas. Psicología para América Latina. Disponible en: <<http://psicolatina.org/Seis/educacion.html>>

anterior razón, fueron planteadas varias estrategias que se pusieron en práctica durante la aplicación de la propuesta de un programa y que continúan su proceso a lo largo del tiempo, estas estrategias son: alianzas con la Fundación Pacífico del Cauca una entidad que promueve la educación de los niños de la zona del pacífico, con la cual se planteó el proyecto denominado “fabricando sueños para los niños de Guapi” cuyo objetivo es la creación de una fábrica de juguetes con residuos de madera que se encuentran a la orilla del río Guapi. Además a través de una Brigada de salud realizada con el apoyo de la E.S.E Hospital Guapi, se detectaron niños con dificultad auditiva, para lo cual se recibió apoyo de la fundación Uls ubicada en Cali que se vinculó con la donación de audífonos para estos niños, por último se formó el grupo de Oración con el apoyo de los adultos mayores que participaron en la propuesta de un programa reuniéndose una vez a la semana, en búsqueda de lo que ellos mismos llaman “Cenáculo”.

Por lo anterior, el análisis de datos del grupo constituye una fuente potencial de información acerca del funcionamiento familiar desde la perspectiva de los niños, que pueden tener un peso relativo diferencial o mayor significación en la determinación del nivel general de efectividad o de logro.

#### **4.3.1.4 Efecto de la propuesta del programa de APS en la funcionalidad familiar desde las mujeres**

Después de aplicar la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante la salud de las mujeres de las familias extensas del Municipio de Guapi-Cauca, se destaca como la mayoría de las mujeres perciben en bajo nivel la efectividad de la funcionalidad familiar. (90% en pre prueba y 86% en post prueba) (Tabla 16).

Los anteriores resultados, muestran el poco efecto logrado por la propuesta de un programa de APS en la percepción de las mujeres en la efectividad de la funcionalidad familiar, con una variación leve del nivel intermedio pasando de 10 a 14 por ciento al finalizar la implementación de la propuesta de un programa (Tabla 16), posiblemente por la falta de adherencia de las mujeres a la propuesta de un programa, dadas las múltiples actividades que las mujeres afrocolombianas realizan ya que la mayoría son jefes de hogar (72%) y muchas veces tienen escaso tiempo, pues deben rebuscarse el sustento diario de la familia. Para lograr que estas mujeres participaran en la propuesta de un programa fue necesario establecer diferentes horarios los días sábados y domingos, y sin embargo no fue efectiva la participación de todas las mujeres, que manifestaban con frecuencia: “...tengo que ir a hacer algo de comer para cuando llegue mi marido...” o “...voy pa' fuera a buscar la comida...” sin embargo, en los encuentros establecidos con ellas, se evidencia que estas mujeres dan una alta prioridad a acciones enfocadas al cuidado de ellas mismas, reflejado en el interés de algunas de ellas por su salud individual.

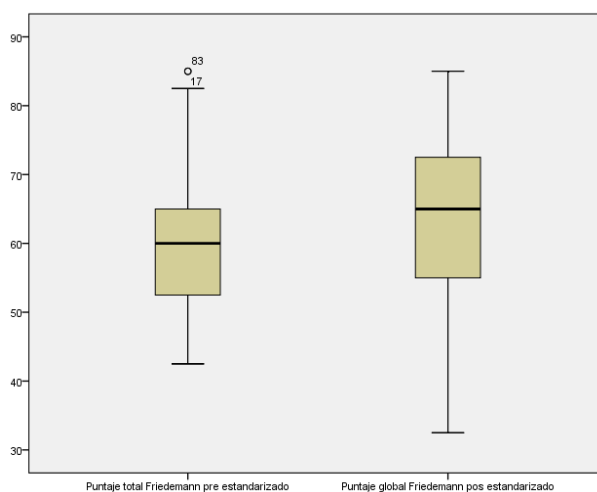
**Tabla 17.** Puntaje Global de la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar desde las mujeres de las familias extensas en Guapi.

Nivel de efectividad funcionalidad familiar-mujeres	Pre-prueba		Post-prueba	
	No	%	No	%
<b>Bajo</b>	45	90	43	86
<b>Intermedio</b>	5	10	7	14
<b>Alto</b>	0	0	0	0
<b>Total</b>	50	100	50	100

Fuente: Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

La figura 11, muestra que hay una aparente diferencia entre la pre y la post prueba de manera positiva, sin embargo existe una mayor variación en la post prueba que en la pre prueba. Llama la atención dos casos atípicos que sobresalen del valor máximo en la pre prueba y que no se muestra en la post prueba. Los resultados al aplicarles la prueba de rango signado de Wilcoxon, no son estadísticamente significativos encontrando un valor- $p$  0.239, por lo que se acepta la segunda hipótesis nula: la aplicación de la propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” no tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en las mujeres de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca.

**Figura 11.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar a nivel global en las mujeres de las familias extensas en Guapi.



Fuente: Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

Otros estudios descriptivos como el realizado con familias de madres comunitarias en Sincelejo<sup>294</sup> muestran como la mayoría de mujeres se perciben en un nivel intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar (60.76%), percepción que puede atribuirse a diversos factores socioeconómicos, que implican no solo lo económico, como lo plantea Ramírez<sup>295</sup>, la funcionalidad familiar es mayor cuando las mujeres están en sus casas que cuando deben salir a trabajar, pues en casa pueden dedicar mayor tiempo a sus hijos y a ellas mismas. En cambio cuando salen a trabajar, la mujer llega al hogar cansada y se limita solo a satisfacer las necesidades básicas de su familia como alimento e higiene<sup>296</sup> principalmente.

De igual manera, a través del tiempo en el mundo se han evidenciado cambios y transformaciones en las familias que han influido en su tamaño, estructura y composición, lo que ha contribuido a generar nuevas formas de organización dentro de las familias, así como normas de convivencia, derechos y obligaciones dentro de las mismas<sup>297</sup>. El hecho de que alguno de los padres esté ausente del hogar, afecta negativamente los procesos familiares, situación que se presenta en varias de las familias del estudio en el Municipio de Guapi, donde es frecuente que varias mujeres compartan a un hombre, sin embargo, ellas se encargan del sostenimiento de los hijos y entre ellas se apoyan. La falta de apoyo del padre, se ve reflejada en expresiones como: "...yo tengo que ser mamá y papá para ellos..."; "...prácticamente yo soy sola...".

#### **4.3.1.4 Efecto de la propuesta del programa de APS en las dimensiones del sistema familiar desde la percepción de las mujeres**

La figura 12, muestra los resultados del efecto de la propuesta del programa de APS en las cuatro dimensiones del sistema familiar desde la percepción de las mujeres, donde se evidencia que más de la mitad de las mujeres se perciben en nivel intermedio de funcionalidad familiar, tanto en la pre como la post prueba. Sin embargo se destaca el cambio positivo obtenido en la post prueba del nivel alto en el mantenimiento (de 30 pasó a 46%), cambio (de 14 pasó a 24%) y coherencia (de 20 pasó a 38%). Lo que muestra que la propuesta de un programa genera efecto positivo principalmente en las dimensiones de mantenimiento, cambio y coherencia del sistema familiar.

---

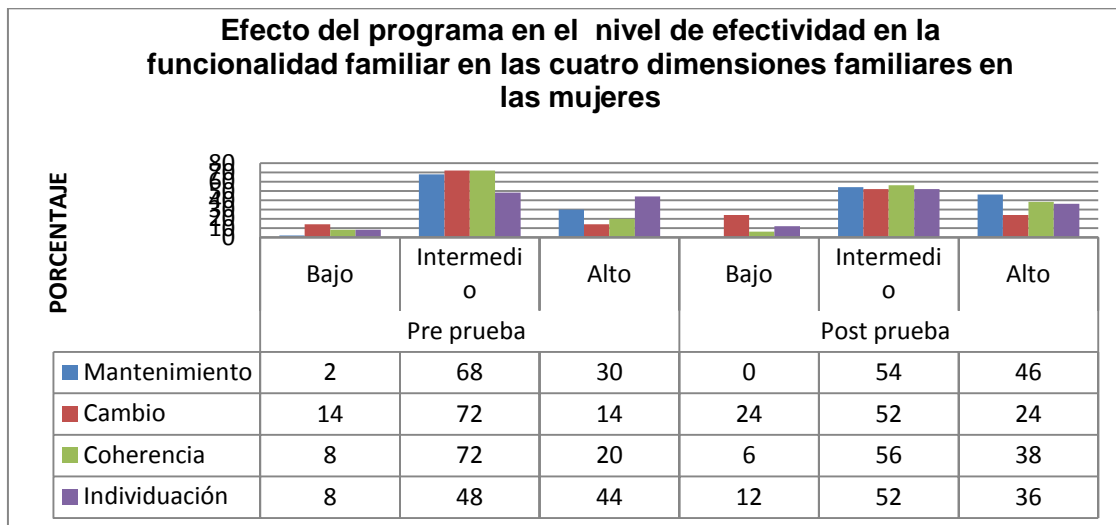
<sup>294</sup> OSORNO N María Mercedes. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de la comuna nueve de la zona sur oriental de la ciudad de Sincelejo durante los meses de febrero a junio, 2006.

<sup>295</sup> RAMÍREZ-SERRANO LA. El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. Un análisis etnográfico.[Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia, Departamento de Psicología Social. 2007.

<sup>296</sup> RAMÍREZ MM. Funcionalidad familiar en adolescentes de preparatoria. [Tesis de maestría]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. 2004.

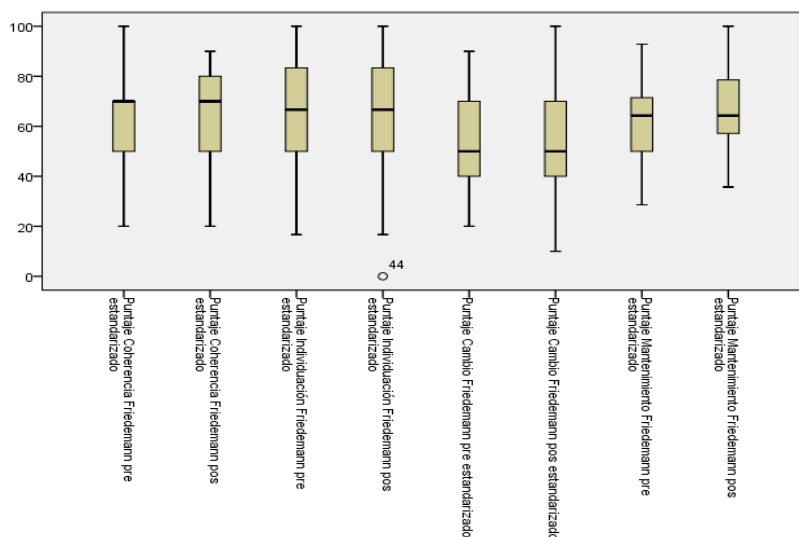
<sup>297</sup> LUNA-BERNAL AC. Conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. Acta Colombiana de Psicología. 2012; 15(1); 75-81.

**Figura 12.** Distribución porcentual del efecto de la aplicación de la propuesta del programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en las mujeres



Fuente: Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

**Figura 13.** Resumen estadístico básico del efecto de la aplicación del la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en las mujeres



Fuente: Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

La figura 13, muestra que todas las dimensiones familiares según la percepción de las mujeres, no presentan diferencia entre la pre y post prueba, resultados confirmados con prueba de rango signado de Wilcoxon, que **no son** estadísticamente significativos (Tabla 18).

**Tabla 18.** Resumen estadístico del efecto de la aplicación de la propuesta del programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares en las mujeres

Puntaje total	Dimensiones familiares percibidas por las mujeres			
	Coherencia	individuación	Cambio	Mantenimiento
0,239	0,079	0,229	0,786	0,238

Fuente: Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014

A continuación se presenta un análisis más detallado de las dimensiones familiares, a partir de los ítems más significativos de cada una de ellas, lo que permite comprender estos hallazgos.

#### **Dimensión de mantenimiento del sistema familiar (MS):**

La dimensión de mantenimiento es una de las que obtuvo variaciones después de la aplicación de la propuesta de un programa, el nivel alto de funcionamiento pasa en la pre prueba de 30 a 46 por ciento en la pos prueba (Figura 12). Sin embargo al observar el efecto de la propuesta de un programa sobre la dimensión de mantenimiento familiar (Figura 13), no se observan diferencias en la media, pero si una variabilidad, datos que de acuerdo con la aplicación de la prueba de rango signado de Wilcoxon no son estadísticamente significativos con un valor-p 0.239 (Tabla 18), lo que sugiere que posteriores programas deben hacer énfasis en esta dimensión que es de la mayor preocupación de las mujeres, posiblemente al ser la mayoría jefes del hogar y en quienes recae el mantenimiento de las mismas, datos obtenidos por ítems que a continuación se presentan:

En el anexo Q se presentan los ítems de la dimensión de mantenimiento, donde se muestra que la mayoría de mujeres en la pre prueba perciben en nivel alto esta dimensión en la funcionalidad de sus familias: **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales.* (62%), junto con el ítem **MS 16** *En nuestra familia somos unidos* (62%), **MS 9** *Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos* (60%); **MS 2** *Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia* (56%) y **MS 6** *Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas* (52%), lo que sugiere que la mayoría de mujeres perciben sus familias unidas, celebran siempre fechas especiales y

enfrentando todos juntos los problemas, contrario a los niños escolares que solo una tercera parte percibe al inicio de la propuesta de un programa a su familia unida (32%).

Sin embargo un porcentaje importante de mujeres refieren que en la familia no han aprendido mucho de los problemas (58%), y manifiestan que no pueden tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien (32%) que fue reflejando en la aplicación de la propuesta de un programa como una dificultad en la comunicación entre madres e hijos y que representó un reto para la propuesta de un programa de APS, además de la prioridad del trabajo en promoción de la salud con las mujeres, empoderarlas y fortalecer la toma de decisiones acertadas para mejorar la funcionalidad familiar y al igual que en los escolares propiciar espacios para continuar trabajando en la reflexión del aprendizaje que deja la resolución de problemas.

Después de la aplicación de la propuesta de un programa de APS, el mayor logro representado en el aumento del alto nivel se obtuvo en los siguientes ítems: **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales* (pasó de 62 a 72%), **MS 14** *Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido* (pasó de 12 a 28%), **MS 2** *Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia* (pasó de 56 a 64%) lo cual evidencia, que aunque estadísticamente los resultados no son significativos, la propuesta de un programa logró contribuir en aspectos como mantener las tradiciones, el aprendizaje de los problemas y pensar como familia, lo que facilita la comunicación principalmente de las mujeres con su familia.

Llama la atención un estudio realizado con mujeres en Sincelejo, que reporta que en esta dimensión las mujeres tienen un nivel alto de funcionalidad familiar (94.9%), “lo que significa que protegen la estructura organizacional, sin importar la problemática que estén pasando”<sup>298</sup>, sin embargo en el Municipio de Guapi esta dimensión se ve afectada posiblemente por el alto porcentaje de mujeres jefes de hogar, que deben trabajar y no comparte mucho tiempo con sus hijos y demás familiares.

### **Dimensión de coherencia del sistema familiar (C):**

La dimensión de coherencia del sistema obtuvo variaciones después de la aplicación de la propuesta de un programa principalmente el nivel alto de funcionamiento que pasa en la pre prueba de 20 a 38 por ciento en la pos prueba (Figura 13). Sin embargo la figura 12 muestra que no existe diferencia entre la pre y la post prueba, manteniendo una media similar, además de una variabilidad mayor en la post prueba, pero al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon, se obtuvo un valor-p de 0.079, es decir no tuvo efecto la propuesta de un programa en esta dimensión (Tabla 18).

---

<sup>298</sup> OSORNO N. Op.cit.

El anexo R presenta los ítems de la dimensión de coherencia, donde se observa principalmente que la mayoría de las mujeres perciben en un alto nivel a sus familias felices, ítem: **C1** *Generalmente nuestra familia está feliz (62%)* situación que es contraria a la percepción de los hijos de estas mujeres en contraste con el menor puntaje en nivel alto que lo obtuvo el ítem **C5** *Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias (30%)* similar a lo que opinan sus hijos, esta situación expresa la necesidad de que los programas de salud fortalezcan el sentido de pertenencia de estas familias en cada uno de sus miembros.

Con respecto al efecto en la aplicación de la propuesta de un programa de APS, mejoró la percepción de la funcionalidad familiar en alto nivel de la dimensión de coherencia en casi todos los ítems: **C5** *Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias* (pasando de 30 a 46%), **C18** *Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto* (pasando de 42 a 52%) y **C1** *Generalmente nuestra familia está feliz* (pasó de 62 a 72%), **C10** *“En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga”* (de 34 a 36%). Resultados que demuestran logros en la percepción de satisfacción con la familia, al sentirse orgullosas, más seguras y felices y colaboradoras, posiblemente influyó el trabajo realizado por la propuesta de un programa en la autoestima y solidaridad, que generó en ellas un pensamiento positivo hacia sí mismas, estos logros son de suma importancia y se deben seguir fortaleciendo en el transcurso del tiempo.

De esta manera, podemos concluir que la propuesta de un programa contribuye de modo positivo en la dimensión de coherencia, especialmente aumentando la percepción de felicidad, colaboración, el sentirse seguros y orgullosos de pertenecer a la familia. Resultados diferentes a los reportados en el estudio de Osorno<sup>299</sup>, que reportan que el 79 por ciento de estas familias tienen un nivel alto en la dimensión de coherencia, lo que implica que estas mujeres tienen pautas establecidas en sus hogares, ejerciendo demostraciones de afecto hacia los demás miembros de la familia, situación que no se daba en las familias del Municipio de Guapi, antes de iniciar la propuesta de un programa y que fue parte de los trabajos realizados durante su ejecución, fortaleciéndolos a lo largo del tiempo.

### **Dimensión de individuación del sistema familiar (I):**

La dimensión de individuación familiar obtuvo una mínima variación con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en las mujeres, se destaca la disminución del nivel alto de la efectividad de la funcionalidad familiar (pasando de 44 a 36%) y el aumento del nivel bajo (pasando de 8 a 12%) (Figura 12).

Los resultados reflejan en estas familias predominio del nivel intermedio en la dimensión de la individuación (48% preprueba y 52% post prueba) datos similares a los reportados

---

<sup>299</sup> OSORNO. 2007. Op. cit.

por Osorno<sup>300</sup> que posiblemente podría explicarse porque dadas las condiciones previamente establecidas de los cambios de tamaño, organización y composición de las familias a través del tiempo, éstas tienden a disminuir la individuación en “el arraigo de la cultura y las tradiciones, que se podría explicar por la falta de seguridad para socializar”<sup>301</sup>. En general, es importante considerar que estas mujeres son en su mayoría jefes de hogar, no tienen tiempo para ellas relacionado directamente con que no han podido estudiar (31%), su ocupación es ama de casa (78.6%), lo que implica que tienen que rebuscarse en lo que encuentren para “sobrevivir”, por tanto estas mujeres viven en el día a día y no tienen claro un futuro ni para ellas, ni para su familias, como afirma Osorno (2008) “no desarrollan su sentido de pertenencia, no tienen aspiraciones y no piensan en la realización personal. En la familia, al parecer, no existe la suficiente motivación y estímulo para que sus miembros desarrollen su proyecto de vida”<sup>302</sup>.

En la figura 12, se observa que aparentemente no existen diferencias entre la pre prueba y la pos prueba, encontrando igual variabilidad y una media similar, al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon da como resultado un valor-p de 0,229, es decir no tuvo efecto la propuesta de un programa en esta dimensión. Estos hallazgos se pueden explicar a partir de los ítems que a continuación se presentan (Tabla 17).

Al detallar cada ítem de la dimensión de individuación de las familias (Anexo RR), se evidencia que aproximadamente a una cuarta parte de las mujeres les gusta participar evidenciado en el ítem **I.3 Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar** (70%), y cerca de la mitad de ellas piensan que **I.12 Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas** (52%), sin embargo al finalizar la propuesta de un programa se presentó una disminución en el porcentaje de mujeres que les gusta participar si hay alguna tarea que hacer en la comunidad (pasando de 70 a 60%) y de igual manera bajaron el gusto por 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 (pasando de 52 a 42%), posiblemente estas mujeres pueden estar prevenidas ante circunstancias que plantean las instituciones como la Alcaldía y la Secretaría de Salud del Municipio, que no son consideradas por las mujeres como instituciones que promuevan apoyo social, además es importante tener en cuenta que estas actividades son de agrado para ellas pero por tiempo no pueden participar como quisieran, expresado esto en frases como: “...si tuviera un trabajo no tendría que rebuscármela todo el día para darle de comer a los hijos...”.

---

<sup>300</sup> Ibíd.

<sup>301</sup> Ibíd.

<sup>302</sup> Ibíd.

### Dimensión de Cambio del Sistema familiar (CS)

La dimensión de cambio del sistema familiar obtuvo una variación en el nivel alto de funcionamiento (pasó de 14 a 24%) y en el nivel bajo (pasó de 14 a 24%) (Figura 12).

En la figura 13, se observa que aparentemente existe una variación entre la pre y post prueba siendo mayor en esta última, sin embargo con respecto a la media no existe una diferencia. Al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon a estos datos, se obtuvo como resultado un valor-p de 0,786, es decir no tuvo efecto la propuesta de un programa en esta dimensión familiar (Tabla 18)

Los datos que resultan en la post prueba son similares a los reportados por Osorno<sup>303</sup> en los cuales la mitad de la familias se encuentra en un nivel intermedio de cambio y donde se afirma que “La fortaleza de la familia en el cambio del sistema dependerá de la capacidad del individuo o de la familia para movilizar pautas y alternativas cuando las condiciones así lo exijan”. Los hallazgos en la familias guapireñas, posiblemente indica que estas mujeres tienen dificultad para adaptar o movilizar cosas nuevas a su familia, la cual antes de la propuesta de un programa era aun mayor si se presentaba algo que generaba una desestabilización en las familias, ahora después de la aplicación de la propuesta de un programa los integrantes de las familias están capacitados para facilitar la toma de decisiones y saber cómo actuar ante diversas situaciones, sin embargo este es un aspecto que se debe seguir reforzando, ya que posiblemente se encuentran adaptados a su situación y no se organizan o movilizan para efectuar cambios por ejemplo, con las basuras en las calles del municipio, que mejorar este problema, contribuiría al mejoramiento tanto al interior como al exterior de sus hogares.

El anexo S, evidencia como la aplicación de la propuesta de un programa muestra una variación positiva en varios ítems: **CS 13** *Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos Ayudan (pasa de 24 a 38%)* **CS 20** *En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos (pasa de 38 a 52%)* lo que nos indica que la propuesta de un programa logró generar acciones de cambio a nivel de comunicación, autoestima de estas mujeres, empoderándolas de su rol como mujeres. *En menor medida se vio una variación en los ítems* **CS 17** *En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás (pasó de 38 a 40%)* y **CS 8** *Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian (pasó de 44 a 48%)*, sin embargo estos resultados son muy importantes para la propuesta de un programa puesto que se logró mejorar la toma de decisiones en familia, desplazándole un poco de carga de estas mujeres a los miembros de las familias y recibir el apoyo de sus vecinas, pues entre ellas mismas generaron grupos de trabajo para la composición de microempresas.

Disminuyó la percepción de las mujeres con respecto al ítem **CS4** *Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente (pasando de 70 a 44%)* esta situación está

---

<sup>303</sup> OSORNO M. 2006. Op.cit.

influenciada posiblemente por la oleada de violencia en la que se encontraba el municipio al momento de la aplicación de la propuesta de un programa.

De acuerdo con la literatura, una de las situaciones que afecta los resultados de la propuesta de un programa en las mujeres puede ser el desempleo, esta circunstancia hace que las familias busquen la reubicación de sus miembros, presentándose desventajas en aquellas familias extensas incompletas como es el caso de estas familias, que para su sostenimiento, incorporan a sus miembros en razón de una mayor participación en ellas de jóvenes y mujeres, lo que podría explicar la necesidad de trabajar de todas ellas<sup>304</sup>.

Friedemann<sup>305</sup> indica que las familias que poseen un alto nivel en el mantenimiento del sistema realizan acciones de autocuidado con el propósito de suplir las necesidades físicas, emocionales y sociales para mantener el sistema familiar, practican patrones de tolerancia y adoptan comportamientos para reducir la amenaza de cambio, protegiéndolo de situaciones amenazantes. Sus miembros mantienen un alto sentido de seguridad y autonomía, por lo que estas familias pueden cambiar los patrones de la vida diaria sin afectar la estructura básica.

Un artículo refiere que reflexionar sobre la mujer y sus derechos desde la función familiar, implica mantener un equilibrio entre las tareas del hogar y su desarrollo personal, además de trabajar por elección y no por obligación económica<sup>306</sup>, situación que en Colombia es difícil pero que resulta siendo casi imposible en el Municipio de Guapi, dado que no existe para ellas la posibilidad de realizar estudios superiores, llegando a un máximo de ser auxiliares de enfermería, o docentes de la Normal Superior. Además, estas mujeres desempeñan trabajos como cocineras, empleadas o artesanas creando artesanías para los turistas que se dirigen a la Isla Gorgona, o trabajan en la mina.

Por la citada razón la propuesta de un programa buscó empoderar a estas mujeres para la formación de microempresas en actividades que ellas puedan desempeñar, desarrollar sus talentos, contribuir con el sostenimiento de su hogar y apoyar a otras personas; se formaron entonces grupos de trabajo generando tres (3) microempresas así: huertas medicinales, modistería y criadero de pollos, para esto se contó con el apoyo de la Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR con el terreno para la construcción de las huertas, el apoyo de la Fundación Pacifico del Cauca con el aporte de cuatro máquinas de coser para el desarrollo de la modistería, y el aporte del Vicariato Apostólico

---

<sup>304</sup> FRESNEDA, Óscar. La familia colombiana: ¿crisis o renovación? Observatorio de Coyuntura Socioeconómica. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo. UNICEF. Universidad Nacional de Colombia. 2001; p. 12.

<sup>305</sup> FRIEDEMANN, 1995.

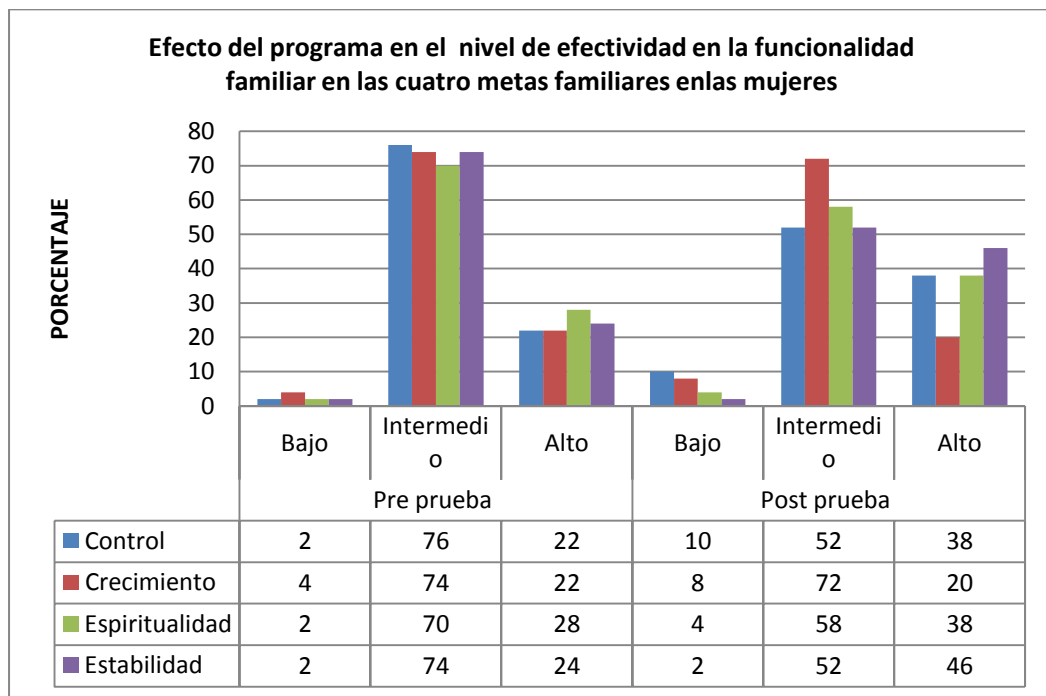
<sup>306</sup> QUINTERO VELÁSQUEZ Ángela María. La mujer y sus derechos desde la función familiar Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 12, núm. 38, mayo-agosto, 2005, pp. 43-58, Universidad Autónoma del Estado de México.. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503802>>

de Guapi para el inicio del criadero de pollos; cada grupo se encarga del sostenimiento de su microempresa a través de la venta de las mercancías que producen y pequeños alimentos que son elaborados por ellas mismas, cuyos efectos no se logran medir a tan corto plazo.

**4.3.1.5 Efecto de la propuesta de un programa de APS en las metas del sistema familiar desde la percepción de las mujeres**

La figura 14, muestra los resultados del efecto de la propuesta de un programa de APS en las cuatro metas del sistema familiar desde la percepción de las mujeres, donde se evidencia que más de la mitad de las mujeres se perciben en nivel intermedio de funcionalidad familiar, tanto en la pre como la post prueba. Sin embargo se destaca el cambio positivo obtenido en la post prueba en el nivel alto de las metas: estabilidad (pasó de 24 a 38%), el control (pasó de 22 a 38%) y la espiritualidad (pasó de 28 a 38%). Lo que muestra que la propuesta de un programa genera efecto positivo principalmente en las metas de estabilidad, control y espiritualidad del sistema familiar

**Figura 14.** Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de las mujeres

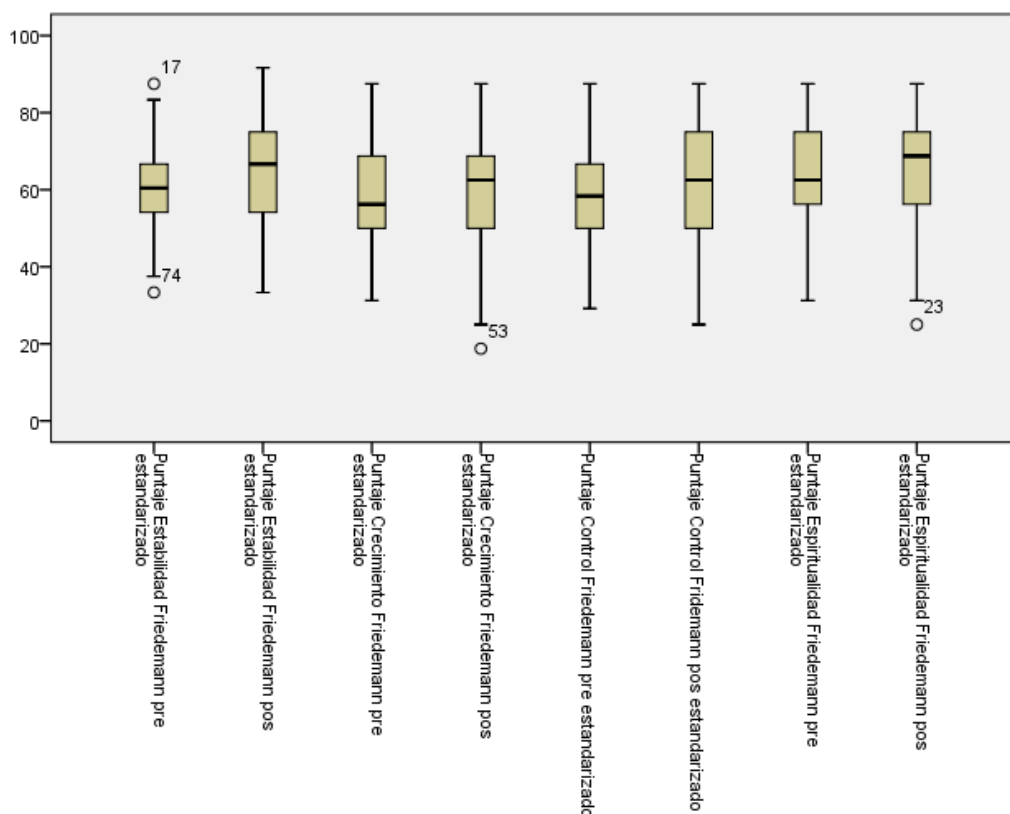


**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

La figura 15, muestra que todas las metas familiares según la percepción de las mujeres, no presentan diferencia entre la pre y post prueba, resultados confirmados con prueba de

rango signado de Wilcoxon, que evidencia que los resultados no son estadísticamente significativos, es decir que la propuesta de un programa no tuvo efecto en las metas del sistema familiar (Tabla 19).

**Figura 15.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.



**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

**Tabla 19.** Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los niños escolares de las familias extensas en Guapi.

Puntaje total Valor-p	Metas			
	Estabilidad	Crecimiento	Control	Espiritualidad
0,239	0,056	0,705	0,46	0,453

**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

Enseguida se presenta el análisis de cada una de las metas a partir de la dinámica dada por las respectivas dimensiones, lo cual permitirá esclarecer los hallazgos.

### **Meta de estabilidad del sistema**

La meta de estabilidad en las mujeres fue una de las que tuvo un aparente efecto en la funcionalidad familiar, pasando en su nivel alto de un 24 a 46% (Figura 14). Sin embargo en la figura 14, se observa que aparentemente existe una variación entre la pre y post prueba existiendo dos casos atípicos que sobrepasan en valor máximo y mínimo en la pre prueba y que no aparecen en la pos prueba, dada una mayor variabilidad en esta última, sin embargo respecto a la media no existe una diferencia. Al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon a estos datos, se obtuvo como resultado un valor-p de 0,056, es decir la propuesta de un programa tuvo un efecto en la meta de estabilidad (Tabla 19)

De acuerdo a los ítems de la meta de estabilidad (anexos Q y R: dimensión de mantenimiento y coherencia), la propuesta de un programa de APS logró en las mujeres una variación en los ítems: **MS14** *Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido (pasó de 12 a 28%)* **C5** *Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias (pasó de 30 a 46%)*; **C18** *Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto (pasando de 42 a 52%)*; **MS 2** *Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia (pasando de 56 a 64%)*; **C1** *Generalmente nuestra familia está feliz (pasando de 62 a 72%)* **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales.(pasando de 62 a 72%)*, podría pensarse que el hecho de fortalecer el empoderamiento de estas mujeres, a través de la generación de microempresas ha sido un paso importante para iniciar su estabilidad y la de sus familias no solo a nivel económico, sino también social y ha logrado fortalecerlas en su rol como jefes del hogar, repartiendo funciones dentro de ella, poniendo en claro las normas en su hogar, a través de la transmisión de sus conocimientos como madre y como mujer, trabajando en ellas con más seguridad y un sentido de pertenencia frente a su familia. Con estos resultados, podría afirmarse que esta es la meta en la cual la propuesta de un programa APS hizo más énfasis.

Sin embargo, no se encontró ningún cambio en los ítems 6, 10, 11, 15, 16, resaltando con esto la importancia de que la propuesta de un programa de APS debe fortalecer desde la perspectiva de las mujeres la toma de decisiones en familia, la colaboración entre ellos y la libertad de expresión.

### **Meta del Control del Sistema**

En la meta del Control del Sistema se evidencia que desde la perspectiva de las mujeres la propuesta de un programa de APS contribuyó al mejoramiento del nivel alto pasando de 22 a 38% , sin embargo en esta meta llama la atención que en el nivel bajo aumentó de 2 a 10 por ciento (Figura 13). Estos resultados sugieren que algunas de las mujeres del municipio no consideran que se puedan cambiar algunos aspectos en la familia,

dadas las diferentes situaciones que han tenido que enfrentar a lo largo de su vida, expresado a través de frases como: "...lo que no ha cambiado en casi 50 años no lo vamos a cambiar en unos meses" o "...si el gobierno no puede hacer nada, cómo lo vamos a hacer nosotras...".

La meta de control en las mujeres muestra un aparente efecto en la funcionalidad familiar, pasando en el nivel alto de 22 a 38 por ciento (Figura 14). En la figura 15, se observa una diferencia que es pequeña en sentido positivo, con un aumento de la variabilidad en la pos prueba aunque en la media no existe diferencia. Al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon a estos datos, se obtuvo como resultado un valor-p de 0,46, es decir la propuesta de un programa no tuvo efecto en la meta de control (Tabla 19).

Esta situación se ve reflejada en los ítems que a continuación se analizan:

Los resultados de la meta de control, muestran que la propuesta de un programa aportó positivamente a las mujeres en el nivel alto de funcionalidad en siete de los ítems de la meta, como **MS 14** *Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido* (pasando de 12 a 28%); **CS 13** *Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos Ayudan*; (pasando de 24 a 38%) **CS 20** *En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos* (pasando de 38 a 52%), lo que indica el aporte de la propuesta de un programa de APS a la autonomía de las mujeres de la familia, a unas pautas, normas o reglas establecidas en la familia y la satisfacción de recibir el apoyo no solo de su familia sino también de sus vecinos que en algún momento pueden convertirse en sus amigos, a pesar de la desconfianza e inseguridad que se vive en el municipio.

Adicional a estos resultados, la propuesta de un programa fortaleció a las mujeres afrocolombianas en las familias con un alto nivel en **MS 2** *Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia* (pasando de 56 a 64%); **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales* (pasando de 62 a 72%), situación que permite sugerir que es importante continuar trabajando en estos aspectos con las mujeres afrocolombianas para ayudar al control y fortalecimiento de las familias, como afirma Osorno<sup>307</sup> *en el estudio con las familias de madres comunitarias de Sincelejo que reporta un nivel alto de control (92.41%), "Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, modificar todos sus vínculos familiares"*<sup>308</sup>.

---

<sup>307</sup> OSORNO M. Op cit. 2007.

<sup>308</sup> HERRERA MP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1997; 13(6): 591-2. Citado por OSORNO, 2007.

Así, la propuesta de un programa fortalece aspectos como el reconocimiento de los roles que ejercen los miembros de las familias lo que ayuda a reducir síntomas difíciles como el suicidio, alcoholismo, prostitución y drogas a las que se ven enfrentados muchas veces<sup>309</sup> al organizar los roles se pueden establecer pautas y normas que permitan un mayor control en la familia.

### Meta de crecimiento del sistema

En la meta del crecimiento del sistema familiar, la mayoría de las mujeres se perciben en nivel intermedio (Figura 14), además se observa que la propuesta de un programa de APS poco contribuyó al funcionamiento familiar, puesto que no logró ni siquiera mantener el nivel intermedio inicial (pasó de 74% en la pre prueba a 72% en la post prueba) y ni el nivel alto (pasó de 22 a 20%) (Figura 14). Resultados que sugieren que algunas de las mujeres del municipio no consideran que las familias puedan crecer posiblemente por las situaciones que a diario deben enfrentar para conseguir el sustento de sus familias.

La figura 15, no muestra diferencia en la variabilidad en la pos prueba ni en la media, sin embargo en la pos prueba se encuentran casos atípicos por debajo del valor mínimo. Al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon a estos datos, se obtuvo como resultado un valor-p de 0.705, es decir la propuesta de un programa no tuvo efecto en la meta de crecimiento (Tabla 19).

El anexo- S y RR (dimensiones de cambio e individuación) permite observar el efecto de la propuesta de un programa por ítems en la meta de crecimiento del sistema, donde la propuesta de un programa contribuyó principalmente al fortalecimiento de los ítems: **CS 13** *Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos Ayudan* (pasando de 24 a 38%) y **CS 20** *En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos* (pasando de 38 a 52%), el **CS 8** *Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian* (pasando de 44 a 48%), lo que demuestra fortalecimiento de redes de apoyo, y el permitirse entre ellas la libertad de expresión, además que algunas por su cultura consideran que el hombre es quien rige su vida y pone las reglas en su hogar a pesar de que él tenga varios hogares, pues hay una situación muy frecuente allí, y que es reportada por la literatura, es que ocurre un fenómeno claro y es que un hombre puede tener varias mujeres al tiempo y entre ellas comparten las dificultades, se apoyan para el mantenimiento de sus hijos, etc.<sup>310</sup>. Esta situación se corrobora en la aplicación de la propuesta de un programa, a través de frases como: "...yo no sabía que sus hijos eran del mismo papá que el mío..."; "...nosotras somos comadres porque nuestros hijos son del mismo papá...".

---

<sup>309</sup> LÓPEZ CARDERO Lisandra. El control social en la familia. Santiago (105) 2004. <<http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14504305/845>>

<sup>310</sup> BARRETO Yenny. Caracterización de las familias afrocolombianas. Op cit. 2009 p 46.

### Meta Espiritualidad del Sistema

En cuanto a la percepción de las mujeres de la meta de espiritualidad del sistema, la mayoría se percibe en un nivel intermedio, los hallazgos reflejan un leve efecto positivo de la propuesta de un programa en el nivel alto (pasó 28% en la pre prueba a 38% en la post prueba), esto podría explicarse dado que estas mujeres recibieron un apoyo por parte de las alianzas estratégicas establecidas en la propuesta de un programa con otras instituciones (Alcaldía, Secretaría de Salud, FFUNDAAMOR, Fundación Pacifico del Cauca) que contribuyeron a fortalecer a las mujeres especialmente en la autoestima, valores y aprecio de sí mismas, esto se refleja a través de expresiones como: "...nunca me imaginé que yo podría tener estos valores..."; "...yo nunca le había puesto cuidado a eso de los abrazos y los besos...".

La figura 14, en la meta de espiritualidad, señala una diferencia de medias en sentido positivo, manteniendo la variabilidad, con la presencia en la pos prueba de dos casos atípicos que están por debajo del valor mínimo. Al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon a estos datos, se obtuvo como resultado un valor-p de 0.453, es decir la propuesta de un programa no tuvo efecto en la meta de espiritualidad (Tabla 19).

Lo anterior, se evidencia de manera más detallada en los siguientes ítems:

El anexo RR y R (dimensiones de individuación y coherencia) permite observar el efecto de la propuesta de un programa por ítems en la meta de espiritualidad del sistema, donde la propuesta de un programa contribuyó principalmente al fortalecimiento de los ítems: **C5** *Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias* (pasó de 30 a 46%) y el **C18** *Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto* (pasó de 42 a 52%), dado que estas mujeres como se ha dicho a lo largo de este trabajo están enfocadas en el "sobrevivir" lo que implica para ellas trabajar, "rebuscarse", entre otras, y tienen pocas expresiones de cariño y afecto con sus hijos o padres, especialmente, estas mujeres expresaban al iniciar la propuesta de un programa que las expresiones de cariño "estaban pasadas de moda" y es un gran logro que hoy puedan decir que se sienten orgullosas de pertenecer a sus familias.

Para concluir, de acuerdo con la literatura, la mujer afrocolombiana se ha constituido en una proveedora económica importante del hogar (cuando no la única), ganando en algunas ocasiones independencia y autoridad. Pero este proceso no conlleva la homologación de las condiciones femenina y masculina. En muchos casos el hombre pierde parte de sus funciones y de su poder, y la mujer se recarga de obligaciones domésticas, productivas y sociales<sup>311</sup>. Por tanto ella demanda una mayor participación en la toma de decisiones, sin embargo, para esto ellas deben estar preparadas y empoderarse frente a la multiplicidad de roles que la sociedad les ha impuesto.

---

<sup>311</sup> QUINTERO Ángela. Op cit. 2005 p 43-58.

Los datos aquí planteados reflejan lo expuesto en un documento, en el cual expresan que las mujeres carecen de lo esencial para el desarrollo de una vida plenamente humana en la mayor parte del mundo. Están peor alimentadas que los hombres, tienen un nivel inferior de salud, son más vulnerables a la violencia física y sexual, su acceso a la educación y al mercado laboral es más complicado y no tienen los mismos derechos y libertades que los hombres. Estas circunstancias sociales y políticas desiguales generan capacidades humanas desiguales que convierten a las mujeres, más que en un fin en sí mismas, en meros instrumentos para los fines de otros<sup>312</sup>. Con estos resultados, se puede afirmar que pueden existir diversas barreras para lograr un mejoramiento en la calidad de vida de estas mujeres, jefas de hogar, pero se puede lograr, no importa que sea en pequeños o grandes pasos, es claro que falta trabajar más con estas mujeres, se espera que a largo plazo la propuesta de un programa logre mejores resultados.

Para concluir, es fundamental tener en cuenta que una de las maneras que tienen estas familias para controlar es a través de aspectos culturales, que son transmitidos de generación en generación, entonces estas familias presentan suposiciones, actitudes, expectativas y convencimientos que tienen que ver con asentamientos significativos en la vida de la familia, a menudo traumáticos<sup>313</sup>. Por tanto, muchas veces estas mujeres atribuyen situaciones de crisis familiares ya sean físicas o espirituales a creencias en maleficios, de antepasados. Por ejemplo, cuando los hijos de estas mujeres enferman ellas acuden primero al curandero porque si es un “mal de ojo”, como ellas lo denominan, y lo llevan al médico, según ellas, “allá lo pueden matar”.

#### **4.3.1.6 Efecto de la propuesta de un programa de APS en la funcionalidad familiar desde los adultos mayores independientes**

Después de aplicar la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud en los adultos mayores independientes de las familias extensas del Municipio de Guapi-Cauca, se encontró cambio en la percepción de la efectividad en la funcionalidad familiar disminuyendo el nivel bajo (88% en la pre prueba y 66% en la pos prueba), y aumentando el nivel intermedio de la efectividad de la funcionalidad familiar (pasó de 12 a 34%) al finalizar la implementación de la propuesta de un programa (Tabla 20). Llama la atención que ningún adulto mayor percibe su familia en un nivel alto de efectividad en la funcionalidad familiar. Posiblemente porque a pesar de que estos adultos mayores independientes viven la mayoría con sus hijas y nietos, muchos tienden a sentir soledad, por ello algunas veces consideran que su familia no los quiere o simplemente los rechaza, manifestado con frases como: “...cuando uno empieza a dejar de funcionar lo empiezan a dejar a un lado...”; “...como uno ya no trabaja entonces se siente como un estorbo”; “...todo el día en la casa sin tener con quien hablar uno se amarga...”.

---

<sup>312</sup> NUSSBAUM, Martha. Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades. Disponible en <[http://www.herdereditorial.com/section/2463/\\*\\*8/9](http://www.herdereditorial.com/section/2463/**8/9)>

<sup>313</sup> LÓPEZ CARDERO Lisandra. [Op. cit.](#) 2004.

Después de la aplicación de la propuesta de un programa los adultos mayores independientes referían: “...estamos contentos porque aquí compartimos y estamos unidos entre nosotros...”; “...me gusta ver como la música alegra la vida y no tiene que ver si saben o no, solo se la disfrutan...”, expresiones que nos permiten observar un cambio en el sentir de los adultos mayores en su familia.

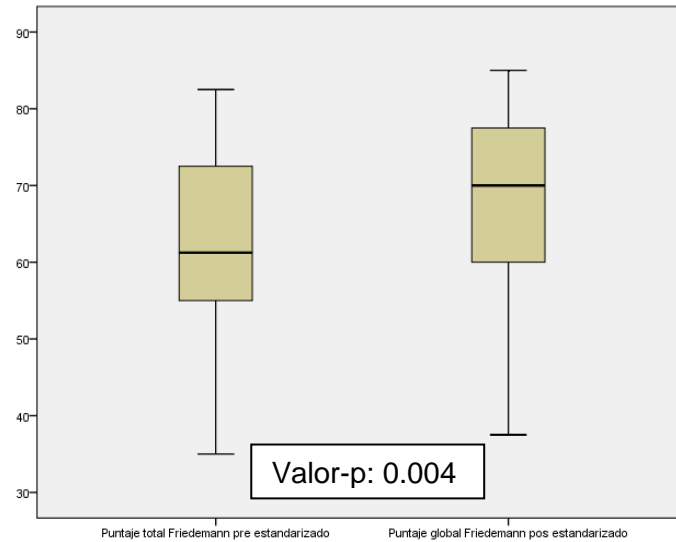
**Tabla 20.** Puntaje Global la Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar desde la percepción de los adultos mayores independientes de las familias extensas en Guapi.

Nivel de efectividad en la funcionalidad familiar – adultos mayores	Pre-prueba		Post-prueba	
	No	%	No	%
<b>Bajo</b>	44	88	33	66
<b>Intermedio</b>	6	12	17	34
<b>Alto</b>	0	0	0	0
<b>Total</b>	50	100	50	100

**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

En la figura 16, se observa que a nivel global existe una aparente diferencia positiva, y una mínima variabilidad. La aplicación de la prueba de rango asignado de Wilcoxon permitió obtener un valor-p de 0.004, es decir confirma que la propuesta de un programa tuvo repercusión en la efectividad de la funcionalidad familiar. Lo anterior permite rechazar la tercera hipótesis nula definida como: la aplicación de la propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa’lante las familias” no tiene un efecto sobre la percepción de la efectividad de la funcionalidad familiar en los adultos mayores Independientes de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca

**Figura 16.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en las mujeres de las familias extensas en Guapi.



**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi-Cauca, 2014.

Un estudio descriptivo realizado en Bucaramanga<sup>314</sup> en familias con adultos mayores de sesenta y cinco años y menores de ochenta años, muestran que el 70.17 por ciento de las familias perciben un nivel bajo de efectividad de la funcionalidad familiar, situación similar a la presentada en este estudio. De acuerdo con este autor y otros<sup>315</sup>, la baja percepción está relacionada generalmente por bajos ingresos económicos, que la convierten en un factor de riesgo para la salud familiar y por tanto para la funcionalidad familiar.

Para esta propuesta de un programa, se tuvo en cuenta como criterio que los adultos mayores fueran independientes, con el fin de que pudieran participar de las diversas actividades proyectadas, como por ejemplo los “arrullos de fortaleza” a adultos mayores en situación de discapacidad, caminatas, bailoterapia y el rescate cultural de aspectos como la creación de huertas medicinales, entre otros.

<sup>314</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007, p. 1-137.

<sup>315</sup> ORTIZ GÓMEZ, María T. LOURO BERNAL, Isabel. JIMÉNEZ CANGAS. Leonor, SILVA AYZAGUE, Luis. Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. En Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1999;15(2):151-6 [en línea] Disponible en <bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\_5\_99/mgi07299> Consultado [3 de mayo-2014]

#### **4.3.1.7 Efecto de la propuesta de un programa de APS en las dimensiones del sistema familiar desde la percepción de los adultos mayores independientes**

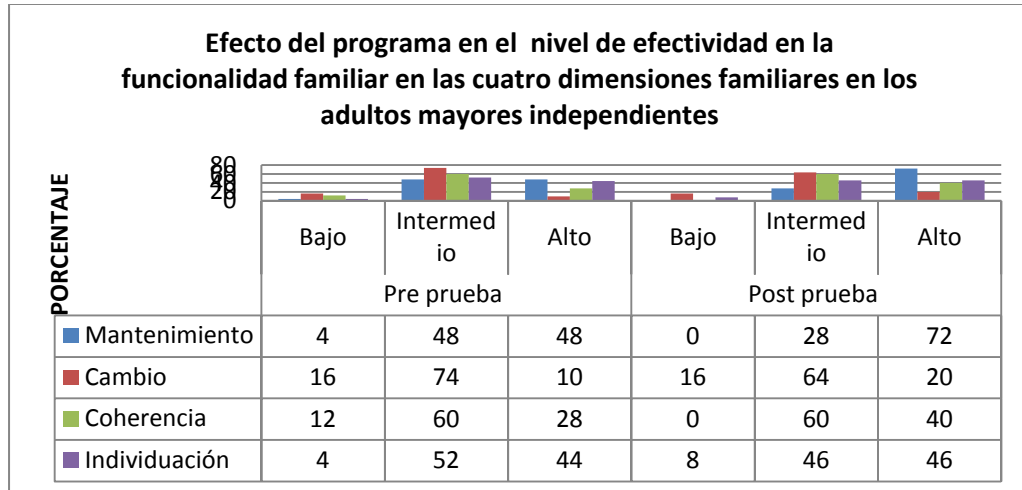
La figura 17 muestra los resultados del efecto de la propuesta de un programa de APS en los adultos mayores independientes, se destaca el predominio del nivel intermedio en la pre prueba en las cuatro dimensiones familiares, sin embargo al finalizar la propuesta de un programa se observan cambios en el nivel positivo en las cuatro dimensiones de funcionalidad familiar así: mantenimiento (pasa de 48 a 72%), coherencia (pasa de 28 a 40%), cambio (pasa de 10 a 20%) e individuación (pasa de 44 a 46%) . Lo que demuestra un efecto positivo de la propuesta de un programa en las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los adultos mayores independientes.

Sin embargo, el efecto fue menor en la dimensión de individuación, posiblemente porque desde la percepción de los adultos mayores independientes de estas familias la adaptación al cambio es mucho más difícil que en otra etapa del ciclo vital, pues ellos en este momento necesitan tranquilidad, afecto y apoyo. Un estudio con familias con adultos mayores<sup>316</sup> reporta que en esta dimensión las familias obtuvieron 57 por ciento en el nivel alto, lo que resulta diferente a los hallazgos de este estudio tanto en la pre prueba como en la pos prueba, sin embargo de acuerdo con ese estudio “las familias que asisten a programas de promoción y prevención son flexibles debido a las necesidades que les presenta el entorno a cada uno de los miembros que la integran” por esto en la propuesta de un programa se realizaron sesiones en diversos entornos con estos adultos mayores, desarrollados en el Centro de Atención al adulto mayor San Joaquín y Santa Ana, en la calle, la iglesia, entre otros donde los adultos mayores viven, se recrean o participan de eventos religiosos.

**Figura 17.** Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro dimensiones familiares desde la percepción de los adultos mayores independientes

---

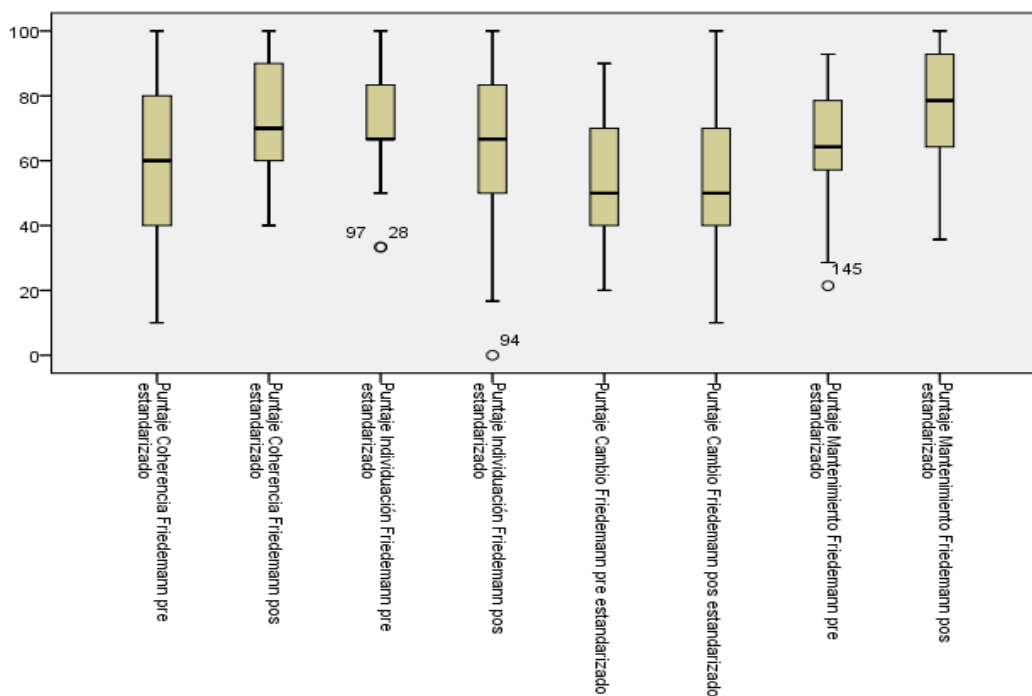
<sup>316</sup> CAMPOS JIMÉNEZ . Op.cit. 2007.



**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi-Cauca, 2014.

Por otro lado, al observar la figura 18, las dimensiones de individuación y cambio no presentan diferencias en sus medias entre la pre prueba y pos prueba, presentándose dos casos atípicos en la pre prueba de la dimensión de individuación por debajo del valor mínimo y un caso similar en la pos prueba, en estas dos dimensiones la variabilidad aumentó de la pre a la pos prueba. Pero de acuerdo con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, las dimensiones de Coherencia (valores-p 0,004) y la dimensión Mantenimiento (valores-p 0,002) confirman que la propuesta de un programa tuvo efecto en la efectividad de la funcionalidad familiar (Tabla 22). Lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS tiene un efecto sobre el mantenimiento y cohesión familiar desde el punto de vista de los adultos mayores independientes.

**Figura 18.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar según las dimensiones desde la percepción de los adultos mayores independientes, Guapi Cauca 2014.



Fuente: BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi-Cauca, 2014

**Tabla 21.** Resumen estadístico básico de la evaluación según las dimensiones sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los adultos mayores independientes de las familias extensas de Guapi.

Puntaje total	Dimensiones			
	Coherencia	individuación	Cambio	Mantenimiento
0,004	0,004	0,838	0,937	0,002

Fuente: BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi-Cauca, 2014.

A continuación se presenta un análisis más detallado a partir de los ítems más significativos de cada una de las dimensiones, lo cual permitirá demostrar los hallazgos.

**Dimensión de mantenimiento del sistema familiar (MS):**

La dimensión de mantenimiento del sistema familiar obtuvo un efecto, evidenciado en el nivel alto de funcionamiento (pasando de 48% en la pre prueba a 72% en la pos prueba) (Figura 17), y obteniendo una disminución porcentual en el nivel bajo (pasando de 4 a 0%). Los anteriores datos coinciden con lo que se observa en la figura 18, donde se observa una aparente diferencia en esta dimensión de la pre prueba a la pos prueba en sentido positivo, es evidente un aumento de la media, con una variabilidad similar, llama la atención un caso atípico que se presenta en la pre prueba pero que ya no está en la pos prueba. Estos datos de acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon presenta un valor-p de 0.002 (Tabla 21), lo que demuestra un efecto positivo de la propuesta de un programa en la dimensión del mantenimiento desde la percepción de los adultos mayores independientes. Este logro se obtiene principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

En el anexo T se presentan los ítems de la dimensión de mantenimiento donde se muestra que en cinco de los siete ítems que la conforman en la pre prueba la mayoría de los adultos mayores se encontraban en un nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar: **MS 9** *Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos (72%)* **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales (66%)* **MS 6** *Nosotros sabemos cuando alguien en nuestra familia tiene problemas (68%)* **MS 2** *Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia (62%)* **MS 16** *En nuestra familia somos unidos (56%)*, lo que sugiere que desde la percepción de la mayoría de los adultos mayores independientes estas familias son unidas, identifican cuando alguien tiene un problema y tratan de resolverlo juntos, además celebran las fechas especiales, datos muy similares a los encontrados con las mujeres en esta dimensión.

Sin embargo llama la atención que en la pre prueba estas personas piensan que **MS 11** *no pueden tomar decisiones sin herir a alguien (42%)* y que **MS 14** *los problemas que han tenido generan mucha infelicidad en su familia (58%)*, razón por la cual estos adultos mayores referían al iniciar la propuesta de un programa: “...yo no me meto con ellos, porque si yo les cuento a ellos mis preocupaciones ellos se enojan...”, en este sentido se percibía un “temor” de comunicación en la familia, además de generar en ellos seguridad, fortaleciendo la toma de decisiones en familia, y disminuyendo el sentimiento que estos adultos mayores tenían de ser una carga para sus familias expresado en frases como: “...yo ya no sirvo más, no apporto platica y mi hija es la que tiene que trabajar todos los días para conseguir la comida...eso me hace sentir muy mal y no tengo derecho a decirle nada porque ella es la que lleva la comida a la casa...”, esta situación representó un reto para la propuesta de un programa de APS.

Al finalizar la propuesta de un programa con los adultos mayores independientes, todos los ítems obtuvieron un aumento en el nivel alto en la efectividad de la funcionalidad por la dimensión de mantenimiento evidenciado principalmente por ítems como: **MS 9** *Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos (pasó de 72 a 80%)* **MS 11** *En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones (pasó de 38 a 52%)* situación que no se presentó ni con los niños, ni con las mujeres de esta misma familia **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas*

*especiales (pasó de 66 a 80%). El ítem MS 14 que está en el nivel bajo pasó a un nivel medio Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido (pasó de 42 a 56%)* Lo que pone de manifiesto que en esta dimensión la propuesta de un programa logró contribuir de manera significativa en la toma de decisiones en la familia, la comunicación, además de la transmisión de la cultura a través de actividades específicas propias de estas familias, con el ritual y las creencias que ellos tienen, lo que favoreció la acogida de muchas otras personas que quizá no estaban participando en la propuesta de un programa pero que se interesaron por el aprendizaje por parte de estos adultos mayores.

Un estudio descriptivo de familias de adultos mayores realizado en Bucaramanga reporta que en esta dimensión las mayoría de las familias tienen un nivel alto (61.33%) dado a que “son aquellas que mantienen los valores y patrones a través del tiempo, internamente y en el colectivo”<sup>317</sup>, en las familias del Municipio de Guapi-Cauca este comportamiento no es evidente en la pre prueba sino en la pos prueba logro obtenido por la propuesta de un programa que es estadísticamente significativo, gracias al interés constante de estos adultos mayores.

#### **Dimensión de coherencia del sistema familiar (C):**

La dimensión de coherencia del sistema (Figura 17) obtuvo variaciones después de la aplicación de la propuesta de un programa principalmente el nivel alto de funcionamiento, que pasa en la pre prueba de 28 a 40% en la pos prueba, manteniendo el nivel medio (60%) y disminuyendo el nivel bajo (de 12 a 0%). Esta dimensión muestra en la figura 16 que existe diferencia entre la pre y la post prueba, manteniendo una media similar, además de una variabilidad mayor en la post prueba, pero al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon, se obtuvo un valor-p de 0,004, es decir la propuesta de un programa tuvo efecto en la dimensión de coherencia (Tabla 21). Logro obtenido principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

Al explorar la dimensión coherencia (Anexo U), puede advertirse que la mitad de las personas mayores independientes que se perciben en nivel alto de felicidad en su familia, referido en el ítem **C1** *Generalmente nuestra familia está feliz* (pasando de 50% pre prueba a 72% en la pos prueba) y el menor puntaje lo obtuvo el ítem **C15** *En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras* (pasando de 22 a 24% en la pos prueba).

Con relación al efecto en la aplicación de la propuesta de un programa de APS, mejoró la percepción de la funcionalidad familiar en nivel alto de la dimensión de coherencia en todos los ítems: **C10** *En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que*

---

<sup>317</sup> CAMPOS M. Op.cit. 2007. P 105.

todo lo que hay que hacer, se haga (pasando de 36 a 64%) **C5** Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias (pasando de 34 a 54%) **C1** Generalmente nuestra familia está feliz (pasando de 50 a 72%). **C18** Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto (pasó de 44 a 62%). Resultados que demuestran logros en la percepción de satisfacción con la familia, al sentirse orgullosos, más seguros y felices, posiblemente la propuesta de un programa contribuye a la cultura de estas poblaciones, a través de aspectos como arrullos, alabaos, danza, entre otros, que permiten en las personas mayores la unión, el afecto de ellos hacia los demás miembros de su familia y viceversa, simbolizado a través de expresiones de afecto como un abrazo y un beso cuando ellos mismos en grupo les llevaban esas serenatas o “arrullos” como ellos mismos lo llaman a sus familiares, logrando que más de la mitad de estos adultos mayores expresen sentirse a gusto en sus familias.

Una investigación efectuada en Bogotá con familias de adultos mayores reporta datos similares a los percibidos en este estudio, encontrándose en esta dimensión según el estudio en un nivel intermedio (50%), esto de acuerdo con Campos<sup>318</sup>, evidencia que existen lazos de afectividad entre los miembros de las familias, aunque pueden estar presentando dificultades en el sostenimiento de tradiciones culturales, otro aspecto que influye aquí es la autoestima, muchos de los adultos mayores del Municipio de Guapi se percibían tristes y como ya mencionamos algunos referían sentirse como un “estorbo” lo que hace que estos miembros de la familia presenten inseguridad. Esta situación se logró mejorar como se describió anteriormente con la propuesta de un programa, pero es necesario que se siga fortaleciendo en estos adultos mayores independientes.

#### **Dimensión de individuación del sistema familiar (I):**

La dimensión de individuación familiar obtuvo mejoría leve en el nivel alto de funcionamiento, pasando de 44 a 46 por ciento, sin embargo en este caso sucedió que el nivel bajo tuvo un leve aumento (pasó de 4 a 8%). (Figura 17).

En la figura 18, se observa que aparentemente no existen diferencias entre la pre prueba y la pos prueba, se advierte que no hubo diferencia de medias, sin embargo aumentó la variabilidad en la pos prueba, encontrando en ambos casos atípicos, por debajo del valor mínimo. Al aplicar la prueba de rango signado de Wilcoxon da como resultado un valor-p de 0.838, es decir no tuvo efecto la propuesta de un programa en esta dimensión. Estos hallazgos se pueden explicar a partir de los ítems que a continuación se presentan (Tabla 21).

Al detallar cada ítem de la dimensión de individuación de las familias, (Anexo. V) , durante la pre prueba en el nivel alto un puntaje mayor es de 70 por ciento en el ítem **I.3** *Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar y el menor de los ítems es I.7* *Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio*

---

<sup>318</sup> CAMPOS M. 2007. Op. cit.

*donde Estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer (48%).*

Después de la aplicación de la propuesta de un programa se obtuvo un cambio positivo en el nivel alto en dos de los tres ítems que pertenecen a esta dimensión así: **I.3 Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar (pasó de 70 a 82%); I.7 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 (pasó de 48 a 60%),** sin embargo el ítem **I.12 Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas tuvo una disminución a la mitad en el nivel alto de funcionalidad (pasó de 64 a 32%),** lo que demuestra que estos adultos mayores les gusta participar en diversas actividades, sin embargo, no acuden a las entidades responsables en el momento de tener alguna dificultad, esto refleja la necesidad de fortalecer en estos adultos mayores las redes de apoyo, sin embargo algunos de ellos refieren que: *“...ya no confiamos en el gobierno porque ellos se roban la plata que es para nosotros...”*.

De acuerdo con estos hallazgos, la literatura reporta que a pesar de que las necesidades básicas insatisfechas de la población caucana se encuentran en niveles altos, un estudio reporta que el crecimiento económico del departamento ha sido favorable en los últimos ocho años reportando el crecimiento de PIB en 7.9 por ciento en el Cauca<sup>319</sup>, dada esta situación y las condiciones difíciles que esta población sufre y que fueron reportadas en el marco referencial del presente trabajo, es evidente que existe un problema de inequidad en la distribución de recursos que no solo atañe a este municipio sino a muchos otros del país<sup>320</sup>.

Lo ideal sería que a medida que aumenten los recursos, se presente un mejoramiento de la calidad de las personas que viven en este municipio, sin embargo, la región Pacífica se configura como una de las regiones más vulnerables en términos económicos y de presencia estatal en el departamento<sup>321</sup>.

En esta dimensión, de acuerdo con un estudio efectuado en Bucaramanga, 79 por ciento de las familias con adultos mayores se encuentran en un nivel intermedio, datos similares a los encontrados en el presente estudio, lo que puede indicar que a estos adultos mayores les gusta participar y compartir con otras personas de su misma edad, de esta

---

<sup>319</sup> Banco de la República. 2008. Informe de Coyuntura Económica del departamento del Cauca, 2008.

<sup>320</sup> OBSERVATORIO DEL PROGRAMA PRESIDENCIAL DE DERECHOS HUMANOS Y DIH. Diagnóstico de la situación de los municipios habitados por las comunidades afrocolombianas priorizadas por la Honorable Corte Constitucional en el departamento de Cauca  
<http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/documents/2010/DiagnosticoAfro/Cauca.pdf>>

<sup>321</sup> *Ibíd.*

manera ellos desarrollan actitudes y habilidades que les permite crecer de manera individual y colectiva<sup>322</sup>.

### **Dimensión de cambio del sistema familiar (CS)**

La dimensión de cambio del sistema familiar obtuvo mejoría en el nivel alto de funcionamiento, aumentando la puntuación (pasando de 10 a 20%) y disminuyendo el nivel medio (pasando de 74 a 64%), y manteniendo el nivel bajo (16%) (Figura 17).

En la figura 18 se observa que aparentemente no existen diferencias en esta dimensión entre la pre prueba y la pos prueba, aumentando la variabilidad en la pos prueba, estos datos se corroboran a través de la prueba estadística rango signado de Wilcoxon que arroja como resultado un valor-p de 0.937, es decir no tuvo efecto la propuesta de un programa en la dimensión del cambio familiar (Tabla 21). Esta situación se obtiene principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

El anexo W evidencia como la aplicación de la propuesta de un programa muestra una variación positiva en solo dos ítems del nivel alto: **CS4** *Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente* (pasando de 78 a 90%) y el **CS8** *Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian* (pasando de 42 a 44%). Se mantuvo igual un ítem en el nivel alto **CS20** *En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos* (38%); y disminuyeron del nivel alto el **CS13** *Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos Ayudan* (pasando de 28 a 24%) y el **CS17** *En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás* (pasando de 32 a 26%).

Lo anterior evidencia que los adultos mayores de las familias del municipio de Guapicauca no generan mayores cambios en sus familias, sin embargo es importante resaltar el hecho de que estén empezando a consultar con los miembros de sus familias para la toma de decisiones es un cambio muy positivo para la propuesta de un programa.

#### **4.3.1.8 Efecto de la propuesta de un programa de APS en las metas del sistema familiar desde la percepción de los adultos mayores independientes**

En el estudio, los efectos de la aplicación de la propuesta de un programa muestran cumplimiento de las metas del sistema familiar de las 50 familias participantes. De acuerdo con la información que proporciona al respecto la figura 17, puede verse que todas las metas familiares lograron cambios en el nivel alto así: estabilidad (pasó de 38% en la pre prueba a 64% en la pos prueba), el control (de nivel alto 17% pasó a 54%) y espiritualidad (pasó de 32% a 54%) y crecimiento (pasó de 18 a 22%). En general las

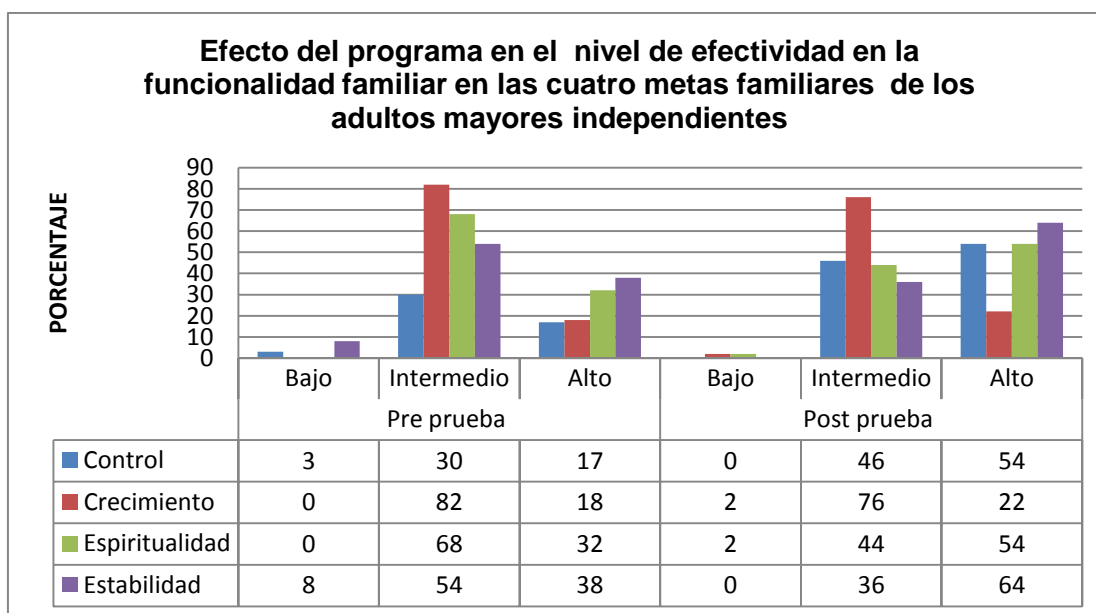
---

<sup>322</sup> CAMPOS JIMÉNEZ M.. Op.cit.

familias desde la perspectiva de los adultos mayores independientes trabajan en nivel alto e intermedio en las metas familiares.

Sin embargo, la meta en la cual los adultos mayores no tuvieron una variación amplia fue el crecimiento (pasando de 18 a 22% en el nivel alto), esto podría explicarse porque de acuerdo con García et al<sup>323</sup> el mundo está en constante transformación de una manera acelerada, es muy fácil que las familias olviden reglas, normas y tradiciones lo que afecta el funcionamiento de la familia situación que genera un problema de salud pública, este, es solo uno de los actores que pueden interferir con el crecimiento de las familias, adicional a esto el grado de escolaridad, la situación socioeconómica y la permanencia de estos miembros de las familias en su casa requieren de que estas familias interactúen con otros sistemas, situación que ve planteada en la propuesta de un programa de APS.

**Figura 19.** Distribución porcentual del efecto logrado con la aplicación de la propuesta de un programa de APS en el nivel de efectividad en la funcionalidad familiar según las cuatro metas familiares desde la percepción de los adultos mayores independientes.

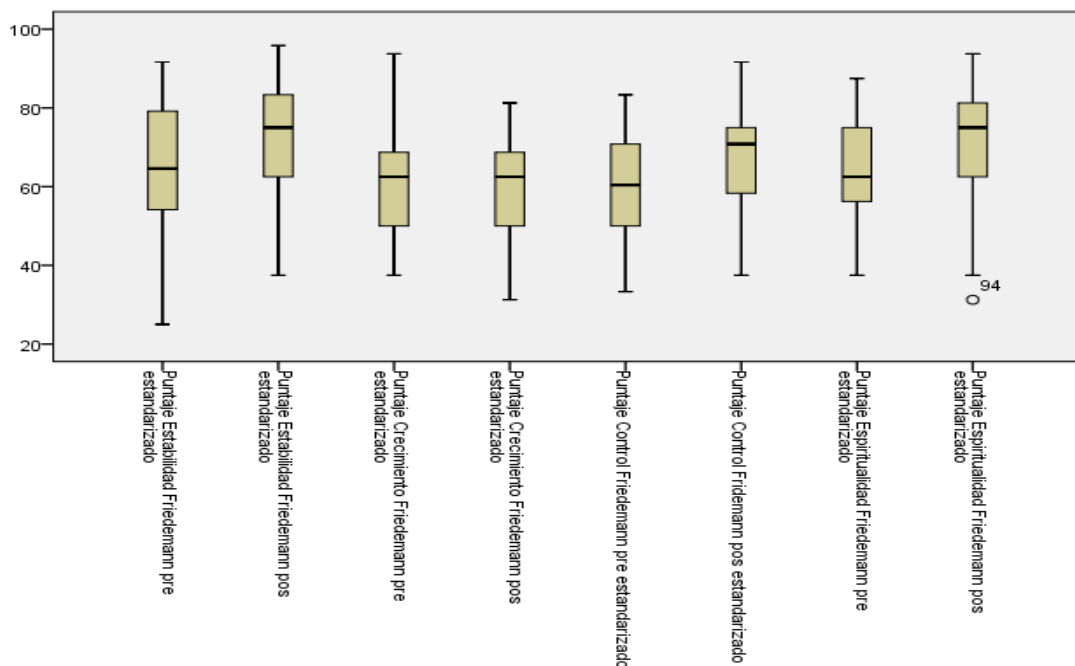


**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto del la propuesta de un programa en la efectividad de la funcionalidad familiar de familias extensas en Guapi Cauca. 2014.

<sup>323</sup> GARCIA MADRID, Guillermina. LANDEROS OLVERA, Erick y otros. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. En Rev. Enf Inst. Mexico. Seguro Social. México. 2007. Vol 15, no 1, p 21-25,

La figura 20, muestra que tres de las metas familiares (estabilidad, control y espiritualidad) según la percepción de los adultos mayores, presentan diferencia entre la pre y post prueba, resultados confirmados con prueba de rango signado de Wilcoxon, que evidencia que los resultados de las tres metas estabilidad (valor-p de <0,001) , control (valor-p de 0,016) y espiritualidad (valor-p de 0,003) son estadísticamente significativos, es decir que la propuesta de un programa tuvo efecto en estas tres metas del sistema familiar (Tabla 22) .

**Figura 20.** Resumen estadístico básico de la evaluación sobre la efectividad de la funcionalidad familiar según las metas desde la percepción de los adultos mayores independientes, Guapi Cauca. 2014



**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

**Tabla 22.** Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar, en los adultos mayores independientes de las familias extensas en Guapi.

Puntaje total	Metas			
Valor-p	Estabilidad	Crecimiento	Control	Espiritualidad
<b>0,004</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,981</b>	<b>0,016</b>	<b>0,003</b>

**Fuente:** BARRETO Yenny. Efecto de un la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014.

A continuación se presenta el análisis de cada una de las metas a partir de la dinámica dada por las respectivas dimensiones, lo cual permitirá esclarecer los hallazgos.

### Meta de estabilidad del sistema

Esta meta fue una de las que tuvo efecto en la funcionalidad familiar, pasando en su nivel alto de 38 por ciento a 64 por ciento (Figura 19) . En la figura 20, se observa que hay una variación entre la pre y post prueba existiendo en sentido positivo, aumentando su media y disminuyendo un poco su variabilidad, estos datos de acuerdo con la prueba estadística rango signado de Wilcoxon presentan un valor-p de  $<0,001$ , lo que permite afirmar que la propuesta de un programa tuvo efecto en la meta de estabilidad (Tabla 22). Logro obtenido principalmente, por los ítems que a continuación se analizan:

De acuerdo con los ítems de la meta de estabilidad anexos T y U (dimensión de mantenimiento y coherencia), la propuesta de un programa de APS logró en los adultos mayores una variación positiva en los ítems: **C10** *En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga* (pasando de 36 a 54%) **MS 14** *Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido* (pasando de 0 a 22%); **C5** *Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias* (pasando de 34 a 54%); **C11** *En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones* (pasando de 38 a 52%); y **C1** *Generalmente nuestra familia está feliz* (pasando de 50 a 72%). Lo que permite sugerir que la propuesta de un programa de APS logró en estos adultos mayores independientes mejorar la unión familiar, fortalecer la toma de decisiones en conjunto con los demás miembros de su familia y fortalecer en ellos el sentido de pertenencia permitiendo así, generar un aumento en el nivel alto de los ítems que pertenecen a esta meta.

Contribuyeron a estos resultados de la propuesta de un programa actividades como la de iniciar la actividad de “Bailoterapia” como se denominó por las líderes comunitarias en salud y la autora de esta investigación, pues el baile y el canto hacen parte de la cultura de estas personas y se pretendía que a través de esto los adultos mayores transmitieran a sus familias conocimientos ancestrales que les permitieran unirse más con su familias y aprender a ser felices entre ellos. Expresando al finalizar la propuesta de un programa frases como: “...admiro la actitud de los demás, ellos siempre dicen que cantemos para alegrar el alma...”; “...cuando veo esta manilla, el corazón me recuerda que tengo gente a quien le importo...”.

De acuerdo con un estudio descriptivo efectuado en Bogotá<sup>324</sup> con familias de adultos mayores, los resultados son muy similares a los de la pos prueba donde se describe que la mayoría de las familias con adultos mayores se encuentran en el nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar con 63 por ciento; de acuerdo con Friedemann,

---

<sup>324</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007. P 93.

estas familias son capaces de ofrecer seguridad a través de la enseñanza de valores y normas, manteniendo una fuerte personalidad y autoestima que permiten cultivar en la familia patrones de comportamiento<sup>325</sup>. En las familias de Guapi se advierte que después de la aplicación de la propuesta de un programa de APS, se fortaleció la unión y las relaciones afectivas que de acuerdo con Campos<sup>326</sup> y Mejía<sup>327</sup> permiten superar las carencias económicas en las que se encuentran y de esta manera logran suplir las necesidades.

### Meta del Control del Sistema

Esta fue la meta en la cual la propuesta de un programa de APS más contribuyó en los adultos mayores independientes de las familias guapireñas participantes, pasando en el nivel alto de 16 a 54%, en el nivel intermedio de 30 a 46% y en el nivel bajo de 4 a 0% (Figura 18). Un estudio<sup>328</sup> reporta que 68 por ciento de las familias con adultos mayores se encuentran en el nivel alto de control, otro estudio<sup>329</sup> menciona que el control de las familias depende del ciclo vital en que se encuentren, en este caso los adultos mayores influyen en el control en las familias, permitiéndoles generar un equilibrio en ellas.

Esto permite afirmar, que la propuesta de un programa de APS desde el Marco de la Organización Sistémica Familiar<sup>330</sup> aportó al manejo de la ansiedad reduciendo las amenazas colectivas, estructurando roles y líneas de autoridad claras; estableciendo reglas y normas, con las cuales se protege la supervivencia del sistema y gana confianza. Además, refleja la autonomía a partir de lo individual con lo cual se articula al sistema familiar. Su relación con el ambiente en cada uno de los entornos en los que se desenvuelven, en especial en estos adultos mayores el Centro de Atención al adulto mayor San Joaquín y Santa Ana, pero por sobre todo se puede afirmar que en un sentido colectivo la propuesta de un programa protege a estos adultos mayores independientes de la soledad y la vulnerabilidad, a través de la interacción que realizaron con sus vecinos, y nuevas redes de apoyo que se conformaron a través del aporte de otras instituciones, como es la propuesta de un programa “Prosperar” de la Alcaldía del

---

<sup>325</sup> FRIEDEMANN. Op cit. 1995

<sup>326</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007. P 94.

<sup>327</sup> MEJÍA GÓMEZ Diego. Salud familiar para América Latina, Bogotá Ascofame. 1991.

<sup>328</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007.

<sup>329</sup> EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIAS CON HIJOS DROGODEPENDIENTES. (Un Análisis Etnográfico) Lucía A. Ramírez Serrano. Tesis doctoral. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. Departamento de Psicología Social. 2007

<sup>330</sup> FRIEDEMANN, ML. Op. cit., 7 y 23.

Municipio de Guapi Cauca; la propuesta de un programa del Adulto Mayor del Departamento del Cauca; la Asociación Gotitas de Amor del Municipio de Guapi; y el apoyo incondicional que siempre ofrece a ellos la Fundación Franciscana da Amor FFUNDAMOR, lo que refleja en ellos, la capacidad para buscar ayuda y confianza hacia los mismos.

Esta situación se ve reflejada en los ítems que a continuación se analizan:

Los resultados de la meta de control muestran que la propuesta de un programa aportó positivamente a los adultos mayores en el nivel alto de funcionalidad en los siguientes ítems de la meta del control: **MS 14** *Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido (pasando de 0 a 22%)*; **MS 19** *En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales. (pasando de 66 a 80%), adicional a esto el ítem MS 17* *En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás (pasando de 32 a 26%)* es un ítem positivo para esta meta dado que los adultos mayores independientes pasaron de tomar las decisiones importantes ellos solos a consultarlas con por lo menos un miembro de su familia o sus vecinos.

*Durante el desarrollo de la propuesta de un programa se logró establecer una red de apoyo, expresado por ellos mismos a través de frases como: "...yo no sabía que ella era mi vecina, ahora nos venimos juntas..."; "...cuando vamos por la calle o en la iglesia, nos saludamos y estamos pendientes del programa para las reuniones..."*

### **Meta de crecimiento del sistema**

En la meta del crecimiento del sistema familiar, la propuesta de un programa de APS, contribuyó a tener una variación en la meta de crecimiento del sistema, entre la pre prueba y la post prueba, en el nivel alto pasó de 18 a 22% (Figura 20).

La figura 20 muestra que existe una variación entre la pre y post prueba en sentido positivo, aumentando su media y disminuyendo un poco su variabilidad, estos datos de acuerdo con la prueba estadística rango signado de Wilcoxon presentan un valor-p de 0.981, lo que permite afirmar que la propuesta de un programa no tuvo efecto en la meta de crecimiento (Tabla 22) . Hallazgos que se reflejan a través de los siguientes ítems:

El anexo W y V (dimensiones de cambio e individuación) permite observar el efecto de la propuesta de un programa por ítems en la meta de crecimiento del sistema, donde la propuesta de un programa contribuyó en el nivel alto de los ítems **I.7** *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 (pasó de 48 a 60%)*; **I.3** *Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar (pasó de 70 a 82%)* y **CS 4** *Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente (pasó de 78 a 90%)*.

Sin embargo, mantuvo ítems como **CS 20** *En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos* (38%), situación que puede representar para la propuesta de un programa algo positivo, dado que en los niños y las mujeres este ítem se presentó con un declive en la post prueba con respecto a la pre prueba en este nivel.

Es importante resaltar que el ítem **I12** *Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas* (pasó de 64 a 32%) disminuyó a la mitad después de la aplicación de la propuesta de un programa en el nivel alto, sin embargo en el nivel intermedio hubo un aumento casi del doble pasando de 16 a 30 por ciento, de acuerdo con la literatura esto puede deberse a niveles de confrontación obtenidos entre la Fuerza Pública y las estructuras irregulares lo que permite prever un deterioro en la situación humanitaria de los habitantes de esta región, en particular un incremento del desplazamiento masivo e individual de la población civil<sup>331</sup> y llevar a que estas personas expresen situaciones como: "...en este pueblo no pasa nada, por parte de la Alcaldía..."; "...esperamos ayudas de otros, porque aquí todo es para los del partido político que está ahora...".

### **Meta espiritualidad del sistema**

La meta de espiritualidad del sistema desde la percepción de los adultos mayores de las familias participantes, muestra como la mayoría se percibe en un nivel intermedio 68 por ciento en la pre prueba siendo estos datos cercanos al estudio de Campo<sup>332</sup> quien refiere que la espiritualidad responde a la parte afectiva de las familias, permitiéndoles crecer dentro y fuera del hogar, es decir en otros entornos, como sucedió con los adultos mayores del presente estudio, es claro entonces que sin la espiritualidad es difícil que una familia viva, crezca y participe en acciones con la comunidad. Por esto el logro obtenido en esta meta con los adultos mayores es el mejor reporte de los estudios<sup>333, 334, 335, 336, 337, 338</sup> encontrados al respecto en familias en Colombia.

---

<sup>331</sup> Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIHD. Op.cit.

<sup>332</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007. P 97.

<sup>333</sup> BOLÍVAR SÚAREZ Y. Op.cit. 2006, p. 63.

<sup>334</sup> BOLAÑO et. al. Op.cit. 2013. P. 3-10.

<sup>335</sup> VALLE R. Op.cit., 2012.

<sup>336</sup> GALÁN E. Op.cit., 2008. P.103.

<sup>337</sup> OSORNO M. Op cit. 2007

<sup>338</sup> CAMPOS M. Op cit. 2007. P 95.

Los hallazgos del estudio reflejan un efecto positivo de la propuesta de un programa en el nivel alto (paso de 32% en la pre prueba a 54% en la post prueba), el nivel intermedio disminuyo pasando de 68 a 44 por ciento en la pos prueba. Datos que revelan que para los adultos mayores es importante el afecto que pueden expresar en su familia con sus hijos y nietos, y que antes de la propuesta de un programa estos valores y expresiones de cariño eran débiles, situación que se evidencia de forma similar en los niños y en las mujeres de estas mismas familias.

La figura 19 muestra que existe una variación entre la pre y post prueba en sentido positivo, aumentando su media y disminuyendo un poco su variabilidad, estos datos de acuerdo con la prueba estadística rango signado de Wilcoxon presentan un valor-p de 0.003, lo que permite afirmar que la propuesta de un programa tuvo efecto en la meta de espiritualidad (Tabla 21) . Hallazgos que se reflejan a través de los siguientes ítems:

El anexo V y U (dimensiones de coherencia e individuación) permite observar el efecto de la propuesta de un programa por ítems en la meta de la espiritualidad del sistema, donde la propuesta de un programa contribuyó en el nivel alto de los ítems: **C10** En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga (pasando de 36 a 64%); **C1** Generalmente nuestra familia está feliz (pasó de 28 a 62%) **C5** Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias (pasó de 24 a 28%); y **C18** Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto (pasó de 30 a 58%) siendo esta última representativa dado que ninguno de los otros miembros a los cuales se les aplicó la propuesta de un programa referían un cambio grande en este ítem, y los adultos mayores independientes si lo hicieron.

Según lo propuesto por Friedemann<sup>339</sup>, la espiritualidad es un aspecto importante en la cultura familiar. Lleva a las personas a experimentar una conexión con el orden superior, con lo cual ajustan su ritmo para llegar a una congruencia –unidad con los sistemas de contacto escogidos–, brindando una seguridad al interior que le permite al ser humano su desarrollo con otros sistemas; se basa en las relaciones de compromiso, de amor y de afecto, con lo cual los miembros de la familia reducen el miedo al aislamiento y al rechazo, se sienten unidos y encuentran ayuda en momentos difíciles.

### **4.3.2 Efectos con servicios sociales y de salud**

#### **4.3.2.1 Alianzas servicio salud: en los servicios de salud se lograron alianzas con dos entidades gubernamentales del Municipio de Guapi Cauca, así:**

---

<sup>339</sup>Ibid. p. 8.

**Hospital E.S.E de Guapi e IPS**

- Coordinación, planeación, ejecución de una Brigada de Salud con enfoque de Promoción y prevención para la población del Municipio de Guapi Cauca, meta inicial 180 personas, resultado final de actividades realizadas a 324 personas de los diferentes barrios de Guapi, especialmente Olimpico, El Carmen, Bellavista, Jardin, Americas, Pueblito, Puerto Cali, entre otros.
- Se realiza consulta de enfermería a las personas, formulación y medicamentos a personas con enfermedades crónicas desparasitación y suplementación, entre otros. Educación en pautas de autocuidado a las personas y la importancia de la adherencia a tratamientos y programas de promoción y prevención
- Entrega de medicamentos y exámenes a las personas valoradas
- Coordinación con el Coordinador Médico de la E.S.E para solicitud de rurales a la Universidad Nacional de Colombia.

**Secretaria de Salud del Municipio de Guapi-Cauca**

- Vinculación de 15 personas al Sistema de Seguridad Social en Salud
- Apoyo en la Brigada de salud
- Ingreso de actividades específicas de la propuesta del Programa al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
- Solicitud de contratación de las 2 lideres comunitarias en salud capacitadas en el programa para continuar su desarrollo

**4.3.2.2 Alianzas servicios sociales**

Se lograron establecer alianzas con cuatro (4) entidades gubernamentales y diez (10) particulares discriminadas así:

**4.3.2.2.1 Gubernamentales:****Programa de la tercera edad “Prosperar” del Municipio de Guapi-Cauca y Gobernación del Cauca**

- Vinculación de 50 adultos mayores al Programa de la Tercera edad “Prosperar”
- Coordinación con Programa de Adulto mayor de la Secretaria de Gobierno Departamental para ampliación de 1000 cupos al subsidio de la tercera edad y Estampillas para adultos mayores del Municipio
- Envío a la Secretaria de Gobierno Departamental documentos sobre las necesidades del Municipio de Guapi-Cauca

**Institución educativa Normal Superior del Municipio de Guapi-Cauca con el Contralor estudiantil :**

- Identificación de problemáticas en las instituciones educativas
- Entrega de propuesta para rescatar tradiciones con el uso de plantas medicinales y el desarrollo de la conservación ambiental.

**Institución Educativa San José:** Vinculación de una mujer al sistema educativo y apoyo a través de FFUNDAMOR para sus útiles escolares

**Personería Municipal:** Apoyo a una adulta mayor víctima del desplazamiento orzado para que reciba acceso a los servicios de Salud mientras se realiza el proceso formal de vinculación

#### **4.3.2.2 Particulares:**

**Fundación Pacifico del Cauca.** Dispone de cuatro maquinas eléctricas de cose para formar la microempresa de modistería las cuales serán trasladadas al Centro de formación Juan Pablo II de la FFUNDAMOR; ofrecer cursos de ingles y sistemas para los niños y jóvenes del barrio Olimpico, en contraprestación a esto la FFUNDAMOR proporciona recurso humano que apoye las actividades; construcción en conjunto con las fundaciones un proyecto denominado “fabricando sueños por el futuro de los niños” el cual ha sido enviado el pasado 19 de febrero de 2014 a la fundación Jhon Ramirez Moreno.

**Fundación Uls:** gestión y apoyo para la entrega de audífonos a las personas con hipoacusia.

#### **Asociación de Hipertensos “Gotitas de Amor” del Municipio de Guapi-Cauca:**

- Reconocimiento del terreno
- Entrega de propuesta de un Centro recreacional para el Adulto mayor y su familia en el barrio el Carmen
- Vinculación de adultos mayores de la asociación al programa
- Alianza con la FFUNDAMOR para el desarrollo de la propuesta.

#### **Grupo deportivo**

- Se realizaron sesiones de bailoterapia una vez por semana, que contribuyen a disminuir el estrés, enfermedades cardiovasculares, depresión y omento de la actividad física
- Se realizó alianza con FFUNDAMOR para vinculación del profesional durante un año.

#### **Fundación Franciscana da Amor FFUNDAMOR:**

- Apoyo a la conformación de microempresa como huerta casera, modistería, entre otras.
- Apoyo en el desarrollo y la logística de encuentros familiares de los participantes del la propuesta de un programa.
- Vinculación de un profesor de educación Fisica para sesiones de bailoterapia durante 1 año

- Apoyo a jóvenes de la JURA que manifiesten realizar estudios superiores que les permita el desarrollo de su proyecto de vida, dada la dificultad en lecto-escritura de los jóvenes se propone que la Universidad apoye los jóvenes realizando asesorías virtuales para la presentación de exámenes a Universidades públicas.
- Propuesta de capacitación y asesoría virtual a las personas que trabajan en el Centro de Atención al adulto mayor San Joaquín y Santa Ana sobre aspectos de Salud Mental y manipulación de alimentos.
- Alianza con la Asociación de Hipertensos “Gotitas de Amor”



# 5. Conclusiones y recomendaciones

## 5.1 Conclusiones

### **Características de las familias y de los participantes.**

Este estudio permitió conocer más las características de las familias extensas con adultos mayores independientes y niños escolares, donde las condiciones económicas, sociales, educacionales y de salud son limitadas y permite entender como cada uno de los miembros de las familias percibe la efectividad de la funcionalidad familiar. Los instrumentos utilizados permitieron caracterizar las familias y aportar el efecto logrado sobre la funcionalidad familiar después de aplicar la propuesta de un programa de APS, aportando resultados que son útiles al municipio, a la salud pública y a enfermería para responder a las demandas sociales de estas familias de forma intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria desde un enfoque familiar.

Las conclusiones se presentan respondiendo a los objetivos del estudio:

### **Características de las familias y de los participantes**

La propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias”, fue aplicado a 50 familias extensas afrocolombianas del área urbana del Municipio de Guapi Cauca, durante un periodo de 10 semanas.

Para un total de 50 familias guapireñas estudiadas, el total de integrantes de estas familias es de 233, de las cuales participaron en el estudio 150 personas, distribuidas en 50 escolares, 50 mujeres adultas y 50 adultos mayores. El 40 por ciento de la población son niños y adolescentes de los cuales el 21.9 por ciento tienen entre 7-12 años, el 27 por ciento son adultos mayores de 60 años y el 33.1 por ciento son personas en edad productiva entre 19 y 59 años, este grupo de población es responsable de sostener al resto de los miembros de la familia, cada persona de este grupo tiene la responsabilidad de velar por dos, es decir que la relación de dependencia es alta. El promedio de edad de las personas es de 39 años y la proporción de mujeres es mayor (63.1%), dato que se hace importante porque las mujeres mantienen el rol doméstico y asumen el sostenimiento económico de la familia, situación que deteriora la condición económica de las familias con adultos mayores.

Las cincuenta familias extensas evaluadas están constituidas en promedio por 5 personas, posiblemente como estrategia de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de vida, lo que hace necesario ver y cuidar al anciano en su contexto familiar.

Los 50 niños escolares participantes se caracterizan por estar entre 7-12 años de edad y la proporción de mujeres es mayor (52%).

Las principales características de las 50 mujeres participantes en el estudio son: analfabetas (31%), solteras (44.9%), jefes de hogar (72%) por tanto ayudan económicamente a sus familias, desempeñándose en labores como ama de casa principalmente (78.9%), reciben menos de \$50.000 mensuales (25 dólares aproximadamente) para el sustento de sus familias (35.7%) y viven del rebusque, refieren gastar entre \$100.000 y 200.000 mensuales (29%). El 90.4% de estas mujeres cuenta con una afiliación al régimen subsidiado de salud. Al finalizar la propuesta de un programa el 100% contaban con afiliación.

Los 50 adultos mayores independientes participantes se caracterizan principalmente por tener más de 60 años, ser solteros (46%), analfabetos (40%) y contar con una primaria incompleta (46%), la ocupación de ellos es estar en su casa (74%), aunque la mayoría apoyan económicamente a su familia (68%) con el subsidio que reciben del gobierno, el 94% cuenta con una afiliación al régimen subsidiado de salud. Al finalizar la propuesta de un programa el 100% contaban con afiliación.

### **FASE 1. Construcción de la propuesta**

La propuesta del programa de atención primaria en salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, contribuye a mejorar la participación comunitaria de la población afrocolombiana de Guapi, deja capacitadas 2 líderes, 14 familias, una profesora de primaria y representantes de 6 instituciones gubernamentales y 6 particulares en investigación acción participativa, de manera que sean sujetos activos en la búsqueda de soluciones ante la presencia de problemas o necesidades. La participación favorece el aporte de la comunidad en el control de los servicios de salud y sociales (educativos, culturales, religiosos).

Incentivó el avance de conocimientos y comportamientos favorables para la salud familiar, mediante el uso de mecanismos de educación y movilización mediante la participación activa de familias, comunidad, instituciones y profesionales de salud, quienes desde su cosmovisión identificaron las necesidades en salud y colectivamente establecieron cuatro proyectos encaminados entornos saludables, con actividades congruentes con las necesidades y la visión del mundo, buscando que el estado de salud de las familias sean más favorables en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de la población Guapireña.

La propuesta del programa APS, permito disponer de acciones de promoción de la salud a través de alianzas estratégicas entre la comunidad y diversos sectores, que aportan a lo estipulado en el Plan Decenal de Salud Pública<sup>340</sup> que plantea y reconoce que “existen diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características, capacidades específicas y particularidades de los diversos grupos poblacionales”.

En concordancia con la propuesta de OPS/OMS sobre entornos saludables, se considera que es a nivel local donde se hace más efectiva la gerencia social de la promoción de la salud, mejorando la participación comunitaria, la competencia cultural, el desarrollo de la comunicación entre las personas de la misma comunidad, y el involucramiento de los servicios sociales y de salud hacia las familias desde un enfoque cultural y de promoción de la salud.

El desarrollo de la competencia cultural en los profesionales y líderes de la comunidad facilito la comprensión de significados culturales, permitiendo a través del encuentro humano una interacción con las personas, un desarrollo de habilidades culturales y un conocimiento cultural de los afrocolombianos, logrando con esto que se asumiera un compromiso social frente a la comunidad tomando consciencia de que hay que partir de cada uno para ayudar en momentos difíciles a las personas, familias y comunidades cuando estas lo requieran.

## **FASE 2. Ejecución de la propuesta CDHC**

### **Efecto de la propuesta del programa de APS en las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca**

La propuesta del programa de APS consiguió efectos estadísticamente significativos sobre la percepción en la funcionalidad familiar en los niños escolares y adultos mayores, considerados población dependiente y no en las mujeres en su mayoría jefas del hogar. La estrategias de entornos saludables, con cuidados culturalmente congruentes, favoreció acciones de promoción de la salud a través de alianzas estratégicas, fue más favorable en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de la población escolar y adulta mayor.

---

<sup>340</sup> PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y protección social. [En línea] Disponible en [http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos\\_de\\_interes/departamental/2.\\_plan\\_decenal\\_salud\\_publica\\_2012\\_2021.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf). Consultado [15/04/2014].

**Efectividad de la funcionalidad familiar de la propuesta del programa de APS en niños escolares de familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca:**

La efectividad en la funcionalidad familiar de las familias extensas desde la percepción de los escolares muestra un nivel bajo de funcionalidad a pesar de los resultados altos e intermedios obtenidos en las metas y dimensiones.

La aplicación de la propuesta del programa APS: "Centro de Desarrollo Humano Comunitario, tuvo efecto sobre la percepción de la funcionalidad familiar en los niños de las familias extensas afrocolombianas, la prueba de rango asignado de Wilcoxon permitió confirmar el efecto con un Valor-p de  $< 0,001$ .

El resultado de la efectividad de la funcionalidad familiar reportó en las familias durante la pre prueba se encontraba en nivel bajo de 88 por ciento e intermedio de 12 por ciento, pasando en la pos prueba a un nivel bajo 66 por ciento e intermedio de 34 por ciento, lo que indica que la propuesta de un programa mejoró la efectividad de la funcionalidad familiar, a través de la generación de redes sociales de apoyo que les permite enfrentar las crisis que puedan sufrir en la familia y así lograr la subsistencia y conservación del sistema familiar.

La evaluación de la aplicación de la propuesta del programa según las dimensiones familiares en la efectividad de la funcionalidad familiar, desde los niños escolares, obtuvo un Valor  $-p$  menor a 0.05, con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS generó un efecto positivo en todas las dimensiones familiares: coherencia (0,003), individuación (0,011), cambio (0,021) y mantenimiento ( $<0,001$ ).

La evaluación de la aplicación de la propuesta del programa según las metas familiares en la efectividad de la funcionalidad familiar, desde los niños escolares, obtuvo un Valor  $-p$  menor a 0.05, con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS generó un efecto positivo en todas las metas familiares, estabilidad ( $<0,001$ ), Crecimiento (0,001) Control ( $<0,001$ ) y espiritualidad ( $<0,001$ ).

Los resultados obtenidos sugieren que la propuesta de un programa de APS con enfoque de cuidado cultural contribuyó especialmente a los escolares de las familias a mejorar la comunicación, transmisión de cultura, celebraciones especiales, la unión a través de expresiones de amor, cariño, afecto, a la felicidad familiar, aumento de la autoestima y por tanto la seguridad individual y familiar. Además propicia la participación, el diálogo con sus familiares, vecinos y amigos, el sentido de responsabilidad por su propio cuerpo, sus acciones y su entorno, su proyección hacia el futuro, el de sus familias y el del Municipio. Con esto, se logra que mejore la toma de decisiones que permitan generar

cambios y adaptaciones como: filtros de agua en el hogar, disminución de la contaminación ambiental, entre otras.

Sin embargo, dada la situación de vulnerabilidad en el Municipio de Guapi-Cauca, principalmente la inseguridad ha afectado las pautas de crianza en estos niños, existiendo un déficit de autoridad en su hogar que les permita identificar sus derechos y deberes para que logren enfrentar las crisis o amenazas a lo largo de la vida, sin esto, será difícil que logren establecer un sentido de pertenencia frente sus familias y sentirse orgullosos de ellas.

### **Efectividad de la funcionalidad familiar de la propuesta del programa de APS en las mujeres de familias extensas del Municipio de Guapi Cauca:**

La efectividad en la funcionalidad familiar de las familias extensas afrocolombianas desde la perspectiva de las mujeres muestra un nivel bajo de funcionalidad tanto en la pre prueba como en la pos prueba a pesar de los resultados altos e intermedios obtenidos en las metas y dimensiones.

La aplicación de la propuesta del programa de APS “Centro de Desarrollo Humano Comunitario, no tuvo un efecto sobre la percepción de la funcionalidad familiar en las mujeres de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca, lo que se confirma con la prueba de rango asignado de Wilcoxon con un valor  $p: 0,239$

El resultado de la efectividad de la funcionalidad familiar reportado en las familias durante la pre prueba se encontraba en nivel bajo de 90 por ciento e intermedio de 10 por ciento, pasando en la pos prueba a un nivel bajo 86 por ciento e intermedio de 14 por ciento, lo que indica que la propuesta de un programa tuvo un leve efecto de la funcionalidad familiar, por la falta de adherencia de las mujeres a la propuesta de un programa, dadas las múltiples actividades que las mujeres afrocolombianas realizan ya que la mayoría son jefes de hogar (72%) y muchas veces tienen escaso tiempo, pues deben rebuscarse el sustento diario de la familia.

La evaluación de la aplicación de la propuesta del programa según las dimensiones familiares en la efectividad de la funcionalidad familiar, desde las mujeres, obtuvo un Valor  $-p$  mayor a 0,050, en todas las dimensiones con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, mantenimiento (0,238); coherencia (0,079); individuación (0,229) y cambio (0,786). Lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS no generó un efecto que fuera estadísticamente significativo.

La evaluación de la aplicación de la propuesta del programa según las metas familiares en la efectividad de la funcionalidad familiar, desde las mujeres, tampoco obtuvo un Valor  $-p$  menor a 0.050, con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, estabilidad (0.056); control (0.460); crecimiento (0.705) y espiritualidad (0.453). Lo que permite afirmar que la

propuesta de un programa de APS solo generó un efecto estadísticamente significativo en la meta de estabilidad.

Sin embargo, a pesar de que los datos no fueron estadísticamente significativos la propuesta del programa si logró un efecto aparente en el mantenimiento y la individuación, lo que permite establecer que estas mujeres como jefes de hogar se preocupan por sostener económicamente su familia y el cuidado de sí mismas.

La propuesta del programa de APS logró que la mayoría de las mujeres percibieran sus familias unidas, fortaleciendo la celebración de las fechas especiales y enfrentando todos juntos los problemas y aprendiendo de ellos, manteniendo las tradiciones hecho que facilita la comunicación principalmente de las mujeres con su familia. Esto permitió en estas mujeres sentirse orgullosas, más seguras y felices.

Un logro muy importante con estas mujeres es que a través de diversas acciones se fortaleció la autoestima y solidaridad, que generó en ellas un pensamiento positivo hacia sí mismas. Por tanto un aspecto clave del la propuesta de un programa aquí fue fortalecer el empoderamiento de estas mujeres, a través de la generación de microempresas, lo que ha significado un paso importante para iniciar la estabilidad de estas mujeres y sus familias no solo a nivel económico, sino también social y ha logrado fortalecerlas en su rol como jefes del hogar, repartiendo funciones dentro de ellas, poniendo en claro las normas en su hogar, a través de la transmisión de sus conocimientos como madre y como mujer, trabajando en ellas más seguridad y un sentido de pertenencia frente a su familia.

Estas mujeres basan su vida en el “sobrevivir” lo que implica para ellas trabajar, “rebuscarse”, entre otras, y tienen pocas expresiones de cariño y afecto con sus hijos o padres, especialmente. Es importante propiciar espacios para continuar trabajando en la reflexión del aprendizaje que deja la resolución de problemas para facilitar la toma de decisiones y saber cómo actuar ante diversas situaciones. Todos los aspectos mencionados anteriormente se deben seguir fortaleciendo en el transcurso del tiempo, se evidencia sobre todo la necesidad de que los programas de salud fortalezcan el sentido de pertenencia de estas familias en cada uno de sus miembros.

#### **Efectividad de la funcionalidad familiar de la propuesta del programa de APS en los adultos mayores independientes de familias extensas del Municipio de Guapi Cauca:**

La efectividad en la funcionalidad familiar de las familias extensas afrocolombianas desde la perspectiva de los adultos mayores independientes muestra un nivel bajo de funcionalidad tanto en la pre prueba como en la pos prueba a pesar de los resultados altos e intermedios obtenidos en las metas y dimensiones.

La aplicación de la propuesta del programa de APS “Centro de Desarrollo Humano Comunitario, tiene efecto sobre la percepción de la funcionalidad familiar en los adultos mayores independientes de las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi Cauca, la prueba de rango asignado de Wilcoxon permitió confirmar el efecto con un Valor-p de 0.004.

El resultado de la efectividad de la funcionalidad familiar reportó en las familias durante la pre prueba se encontraba en nivel bajo de 88 por ciento e intermedio de 12 por ciento, pasando en la pos prueba a un nivel bajo 66 por ciento e intermedio de 34 por ciento, lo que indica que la propuesta de un programa mejoró la efectividad de la funcionalidad familiar, a través de la generación de redes sociales de apoyo que les permite enfrentar las crisis que puedan sufrir en la familia, la unión y la felicidad familiar.

La evaluación de la aplicación de la propuesta del programa según las dimensiones familiares en la efectividad de la funcionalidad familiar, desde los adultos mayores independientes, obtuvo un Valor  $-p$  menor a 0.05, en las dimensiones de coherencia (0.004) y mantenimiento (valor-p 0.002) con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS generó un efecto estadísticamente significativo en estas dos dimensiones.

La evaluación de la aplicación de la propuesta del programa según las metas familiares en la efectividad de la funcionalidad familiar, desde los adultos mayores independientes, obtuvo un Valor  $-p$  menor a 0.05, en la meta de estabilidad (valor p 0), control (valor p 0.016) y espiritualidad (0.003) con la prueba de rango asignado de Wilcoxon, lo que permite afirmar que la propuesta de un programa de APS generó un efecto positivo en estas tres metas que fueron estadísticamente significativas.

La propuesta de un programa de APS desde la perspectiva de los adultos mayores independientes, logró en estas familias fortalecer la unión, la seguridad y por tanto la felicidad en las familias permitiéndoles mejorar entre ellos la comunicación, la toma de decisiones, y la transmisión de la cultura a través de actividades específicas propias de estas familias, con el ritual, tradiciones y creencias. Lo que hace que ellos empiecen a mejorar su autoestima al sentirse orgullosos de su familia.

A nivel comunitario, a pesar de las adversidades producidas por la violencia, a estos adultos mayores les gusta participar en diversas actividades, su relación con el ambiente en cada uno de los entornos en los que se desenvuelven, en especial en estos adultos mayores el Centro de Atención al adulto mayor San Joaquín y Santa Ana. Además, se puede afirmar que en un sentido colectivo la propuesta de un programa protege a estos adultos mayores independientes de la soledad y la vulnerabilidad, a través de la interacción que realizaron con sus vecinos, y nuevas redes de apoyo que se conformaron a través del aporte de otras instituciones a la propuesta de un programa lo que les permite reducir las amenazas colectivas, estructurando roles y líneas de autoridad claras; estableciendo reglas y normas, con las cuales se protege la supervivencia del sistema y

gana confianza. Además, refleja la autonomía a partir de lo individual con lo cual se articula al sistema familiar.

En general, algunas estrategias que utilizó la propuesta del programa de APS aquí planteado fueron incluidas en el Plan de Intervenciones Colectivas del Municipio de Guapi-Cauca (Anexo X) por parte de la Secretaría de Salud, además de otros apoyos específicos dados por la fundación FFUNDAMOR implementando el proyecto con los adultos mayores y mujeres, Fundación Pacífico del Cauca apoyando el proyecto de los niños, El hospital E.S.E de Guapi con la atención oportuna y el Departamento del Cauca específicamente con los Subsidios de la tercera edad para los adultos mayores participantes.

Por lo anterior se puede concluir de manera general que de la propuesta del programa de APS aporta al conocimiento dado que al ser construido y aplicado por la comunidad y coordinado por profesionales de la salud genera impacto y efecto en ellos, dado que se relaciona directamente con las necesidades más prevalentes de sus familias, aportando de manera significativa al desarrollo científico de la comunidad salubrista, siendo este sostenible a largo plazo por la misma comunidad.

### **Efecto de la propuesta del programa en los servicios sociales y de salud**

Las alianzas establecidas con entidades gubernamentales y particulares que apoyaron el CDHC fueron en total 16, permitió la vinculación de varios sectores sociales, políticos, educativo, religioso, cultural y salud, aportando de diversas maneras a la propuesta de un programa de APS, como: permitió la vinculación de las Familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud; adherencia a tratamientos; programas de prevención y promoción; vinculación a programas del Gobierno como son el subsidio de la tercera edad, apoyo a la creación de microempresas, conformación de grupos de oración y apoyo, vinculación a instituciones educativas. En general es importante resaltar la vinculación de algunas actividades de la propuesta de un programa al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el sostenimiento del mismo en el Municipio a través de estas instituciones. (Anexo Y, Z, AA, AB)

### **Divulgación de resultados**

Artículo: “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación – acción- participativa”, enviado a la Revista de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, abril de 2014.

### **Ponencias**

Efecto en la Funcionalidad Familiar de un Programa de Atención Primaria En Salud (APS) desde los Adultos Mayores de Guapi-Cauca. Ponencia Oral, aceptada en el XIV

Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería 2014. A celebrarse en Septiembre de 2014 en Cartagena de Indias.

Efecto del Programa: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias, desde la percepción de las mujeres en el Municipio de Guapi-Cauca. Ponencia Oral aceptada en el XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. A celebrarse en Septiembre de 2014 en Cartagena de Indias.

## 5.2 Recomendaciones

### **Asistencia:**

Dar a conocer los resultados del estudio a la comunidad general del Municipio de Guapi-Cauca con el fin de promover más las estrategias de la propuesta de un programa en cada uno de los entornos en los que se desarrolló, con el fin de aportar a corto, mediano y largo plazo a la promoción de la salud y el fortalecimiento de redes de apoyo.

### **Salud Pública:**

Dar a conocer los resultados del estudio a la Alcaldía, secretaría de salud departamental y municipal, con el fin de generar un sostenimiento de la propuesta de un programa de APS a largo plazo en el Plan de desarrollo del Municipio y el Plan de Intervenciones colectivas realizado anualmente.

Esta investigación es un aporte al conocimiento de la salud pública, se recomienda continuar investigando en CDHC a fin de validar la propuesta, desde los enfoques de APS y familia , con participación comunitaria de líderes e instituciones, quienes a través de la IAP como metodología permita concertar acciones de salud pública concretas, con participación de las familias, comunidad, instituciones municipales y académicas, que desde diferentes saberes y disciplinas.

El éxito de la propuesta de un programa de salud, depende de la situación social, política, económica que afectan de manera directa una familia y que no se pueden desconocer, mucho más si se trabaja en zonas vulnerables por muchos actores pero principalmente por la inserción de grupos al margen de la ley como ocurre en el Cauca, lo que dificulta la participación y la seguridad que se genere en esas familias para lograr obtener buenos resultados. Estas situaciones deben contemplarse en la propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud, pues si se generalizan estos programas para toda la población colombiana probablemente no se evidencie un efecto positivo de este sobre la población.

Al revisar otros estudios en los que se describe la efectividad de la funcionalidad familiar, se evidencia que en la zona norte y centro del país las familias también se perciben en un nivel bajo solo que en menor medida que como se encontraban las familias de Guapi antes de la propuesta de un programa, situación que hace un llamado a la Salud Pública

a pensar si el enfoque dado en estos momentos está contribuyendo realmente a mejorar la salud de la población colombiana.

De acuerdo con la autora de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E 20) la Dra Friedemann afirma que este, solamente es fiable en sus datos globales y sus metas, por tanto es importante considerar para próximos estudios tener en cuenta estos dos datos y no tanto las dimensiones que aporta el instrumento

Es importante la socialización de estos resultados con los representantes de entidades gubernamentales del departamento del Cauca para lograr dar a conocer las necesidades de las familias, los aportes de esta propuesta de un programa y su efecto, y de esta manera lograr un mayor apoyo para su continuación.

### **Enfermería**

Hacer visible las acciones de enfermería a partir de la salud pública en las comunidades vulnerables desde un enfoque de salud familiar, fortaleciendo el trabajo directo con esta a partir de su cultura.

Desde enfermería se sugiere incluir en los currículos la competencia de cultural y realizar investigaciones operativas con el fin de evaluar propuesta de APS competentes culturalmente con acciones interdisciplinarias que apunten al desarrollo humano.

### **Investigación**

Teniendo en cuenta los resultados aquí expuestos, la propuesta de un programa “Centro de Desarrollo Humano Comunitario: Con fuerza, alegría y amor echamos pa'lante las familias” este se puede replicar en familias con características similares que se encuentren en un contexto cultural similar, el cual debe ser previamente reconocido para adaptarlo culturalmente previo a su aplicación.

Los procesos de construcción, ejecución y evaluación de esta propuesta de un programa de Atención Primaria en Salud pueden servir de guía para generar nuevos programas de APS con otras poblaciones.

Al realizar la propuesta de un programa de APS es importante contar con la opinión de la comunidad e involucrarla en su construcción, ejecución y evaluación, dado que personalizar las estrategias en comunidades específicas contribuye a generar intervenciones específicas que directamente afecten a estas familias y se observen los resultados tanto cuantitativamente como cualitativamente.

Al realizar investigaciones con familias, es importante tener en cuenta todos los miembros de la familia, o por lo menos la mayoría de ellos, pues como se evidencia en esta investigación cada uno tiene una perspectiva diferente de sus familias,

especialmente los niños, lo que implica que aunque todos tienen un rol diferente dentro de la familia, su unión de conocimientos, valores, creencias, acciones generan familias felices y por tanto saludables.

Dados los resultados de la propuesta de un programa con las mujeres, es importante replantear las estrategias tenidas en cuenta aquí y enfocarlas más hacia el mantenimiento del hogar, como por ejemplo fortalecer la construcción de microempresas a partir de las habilidades y capacidades que cada una de ellas tiene y enfocada también hacia la parte individual como el respeto hacia ellas mismas, fortaleciendo su autoestima y su cuidado propio.

Es importante realizar otros estudio para evaluar el efecto sostenido de la propuesta de un programa en estas familias, se sugiere realizar otros estudios experimentales o cuasiexperimentales con grupo control con el fin de disminuir al máximo los sesgos sobretodo de confusión y así validar resultados

Esta investigación aportó al Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en la línea de Salud Publica y mediación cultural en salud, dado que solidifica las investigaciones realizadas previamente con afrocolombianos y propone un programa de Atención Primaria en Salud y una nueva forma de evaluar estos programas a través de la Funcionalidad Familiar. Además el Grupo de Investigación se planteó una continuación a esta investigación a través de la [Convocatoria Nacional de Extensión Solidaria para el fortalecimiento de la innovación social en la universidad nacional de Colombia 2014](#) el cual ya fue aprobado y se está iniciando su ejecución.

### **Docencia**

Promover en los currículos de salud pública y enfermería el desarrollo de la propuesta de un programas de APS construidos a partir de la comunidad y el trabajo conjunto con las familias que les permita a los estudiantes fortalecer sus intervenciones enfocándolas de acuerdo con los aspectos culturales de cada población.

Es importante promover en el currículo de enfermería la utilización de los modelos de evaluación de la APS, dado que aporta a un mejor desarrollo práctico donde se inicie el proceso de aplicación de la ley 1438/2011 con un enfoque diferencial e intercultural.

Se sugiere, realizar proyectos donde se integre la docencia, la investigación y la extensión teniendo en cuenta en ellos un enfoque familiar y de APS partiendo de las necesidades de cada comunidad/familia con el in de generar un mejor efecto que permita el desarrollo humano de los mismo y que sea un aporte al conocimiento.



## ANEXOS

ANEXO A. Proyecto 1: “con fuerza y alegría echamos pa'lante en familia, la salud de las mujeres en la casa de la cultura.

Encuentro	Tema	FASES				
		Sensibilización	Información culturalmente adaptada	Toma decisiones	Acciones	Cierre/ Evaluación
“La alegría de vivir a través de los ojos de las mujeres”	El significado de ser mujer	“Pensando en mí”	“Tomando conciencia de ser mujer”	“ <i>Aquello en lo que se deposita la atención tiende a agrandarse.</i> ”	“Me doy permiso para expresar mis necesidades”.	Espiritualidad “Valoro lo que soy, tengo, y puedo”
“Con fuerza las mujeres echamos pa'lante para sacar nuestras familias adelante”	Empoderamiento- liderazgo	“Somos líderes?”	“Las mujeres de mi pueblo”	“Puestos de poder”	“Manos a la obra”	Control “Emprendiendo un nuevo caminar”
“La alegría de ser la niña de tus ojos para crecer sana”	Cuidado de las niñas	“una niña habla con Dios”	El círculo de la palabra	“el futuro de las niñas”	“Pintando el camino de rosas”	Crecimiento “Mamá dime como nací”
“Vivimos con alegría la aventura de ser mamá”	La responsabilidad de las mujeres durante y después del embarazo	“ un nuevo reto para vivir”	“lo que hago por mí”	“Sembrando amor en mí”	“Un hijo por una semana”	Crecimiento “contando la vida de...”
“La salud y la fuerza a través del rostro de la mujer”	Cáncer de cuello uterino	“todas juntas”	“Pescando saberes”	“La búsqueda del tesoro” “Historia de Antuca”	“Pétalos del poder”	Control “Conociendo mi historia familiar”
1. “Tu vida, tu decisión para vivir con alegría”	Uso de métodos anticonceptivos	“llovía de ideas” “Reconociendo lo que puedo usar”	“Te suena familiar?”	Protégete, es tu vida, es tu decisión”;	“Dialogando con mi pareja”	Estabilidad “La telaraña”.

## ANEXO B. Proyecto 2: “con amor y alegría echamos pa'lante en familia, la salud de los niños en la escuela.

Encuentro	Tema	Fases				
		Sensibilización	Información culturalmente adaptada:	Toma decisiones	Acciones	Cierre: Evaluación de efectos
“En nombre de Dios abuelo para vivir con alegría”	Comunicación	“La Danza de la Sabiduría”-ronda somos Pacifico.	Historia de mi pueblo	vivir triste o alegre en Guapi?	En la mañana Saludo Guapireño a los abuelos En la noche cantos o arrullo en familia	ESTABILIDAD Trabajando para vivir alegres en la familia Guapireña.
“Estamos unidos y con amor en las buenas y en las malas para echar pa'lante”	Normas y Valores	“EL niño ladrón y su madre” Fábula	Barco de la unión familiar : responsabilidad, amor, diálogo, buen trato, amistad , fortaleza, fe, unión, protección	“Mi casa un rincón de valores”	“Hablando a través del papel”  “El hablar y cantar nos une en la familia”	ESPIRITUALIDAD Ejercicio de Abrazoterapia familiar y del grupo con un baile afro como el currulao
“Creciendo con la alegría de ser niños y niñas formadores de futuro”	Vacunas y el cuerpo	canción “yo sé cuidar mi cuerpo”	“Reconociendo mi cuerpo”	Cuidando nuestro cuerpo	“Cuidándonos y consintiéndonos en familia”	ESPIRITUALIDAD Y CRECIMIENTO Felicidad en mi familia

“Desarrollando mis habilidades con amor y alegría para ser un campeón”	Crecimiento y desarrollo	“La caja de Pablo y Julieta”	“Adivina quién es?”  “Partes íntimas del cuerpo”	“El dado de los secretos”	“El libro de la familia de...”	ESPIRITUALIDAD Y CRECIMIENTO “Mis tristezas y alegrías”
“Somos Guardianes del agua y el amor para la vida”	Almacenamiento y mantenimiento del agua	“Explorando el medio ambiente”	“El agua de mi pueblo”	“contando la historia del agua”	“Construyamos una alternativa para mejorar nuestra vida” (construcción de filtro de agua)	CONTROL Uso del filtro construido en casa para consumo diario del agua
“Estar limpio es estar sano para vivir alegres en familia”	Hábitos de vida saludables	Lectura La “Asamblea en la carpintería”:	“Sembrando para crecer”,	Nuestra familia una selva tropical, un bosque seco, un monocultivo?	“Todos juntos apoyándonos y construyendo un futuro mejor”	CONTROL  ¡A Sembrar la planta de la vida familiar!

ANEXO C. Proyecto 3: “con amor y alegría echamos pa'lante en familia, la salud de los adultos mayores en el centro de atención al adulto mayor y en la calle.

Encuentro	Tema	Fases				
		Sensibilización	Información culturalmente adaptada	Toma decisiones	Acciones	Cierre: Evaluación de efectos
“Regálame un abrazo y seré feliz, un beso como un regalo de Dios”	Igualdad en el trato	“El significado de ser adulto mayor”	“El trato en la familia”	“Chepito todo corazón ”	“El amor, la base de la familia”	ESPIRITUALIDAD “Dialogando en familia”
“Compartiendo alegría y saberes con los jóvenes para mantener las creencias”	Preservación de saberes tradicionales	“Al ritmo del cununo, marimba y guasá”	“El monte de mis saberes”	“un viaje hasta el futuro”	“el legado”	ESTABILIDAD “Viviendo con la historia”
“Cuidando mi barrio con amor y alegría mejoro la vida de mi familia”	Control de basuras	“Observatorio ambiental”	“el termómetro de la contaminación ”	“Una opción de vida”	“trabajando como una colmena de abejas”	CONTROL “Generando conciencia”
“Poco a poco y con amor voy sacando mis males y me voy sintiendo mejor”	Control de la hipertensión	“Cómo funciona mi cuerpo”	“Escalando para curar los males”	“Es de sabios elegir”	“bailoterapia”	CONTROL “controles diarios”

"Con alegría voy moviendo el esqueleto para no pegarme"	Promover la salud en personas con artritis	"A calentar el cuerpo"	"Una prueba de Dios"	"La vida a través de un cuento"	"Aliviando los dolores"	CONTROL "Controles medicos"
"Con alegría y el apoyo de mi familia voy echando pa'lante"	Trabajando en familia	"Recordando lo vivido"	"Ruleta de aprendizajes"	"Parques humano"	"Gratitud a Dios"	CRECIMIENTO "Despedida"

## ANEXO D. Ficha de datos socio demográficos

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS FAMILIAS  
MUNICIPIO DE GUAPI-CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN		Fecha: _____	
1. Nombre: _____			
Documento de Identidad: _____			
2. Edad:		3. Genero:	
<input type="checkbox"/> 60 a 65 <input type="checkbox"/> 81 a 85		<input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> 66 a 70 <input type="checkbox"/> 86 a 90		<input type="checkbox"/> Masculino	
<input type="checkbox"/> 71 a 75 <input type="checkbox"/> 91 a 95			
<input type="checkbox"/> 76 a 80 <input type="checkbox"/> mas de 96		4. Estado Civil:	
		<input type="checkbox"/> Soltero	
		<input type="checkbox"/> Casado	
		<input type="checkbox"/> Viudo	
		<input type="checkbox"/> Divorciado	
		<input type="checkbox"/> Unión libre	
5. Escolaridad:		6. Enfermedades referidas	
<input type="checkbox"/> Sin escolaridad		<input type="checkbox"/> HTA	
<input type="checkbox"/> Primaria incompleta		<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	
<input type="checkbox"/> Primaria completa		<input type="checkbox"/> ECV	
<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta		<input type="checkbox"/> DIABETES	
<input type="checkbox"/> Secundaria completa		<input type="checkbox"/> ARTRITIS	
<input type="checkbox"/> Estudios superiores		<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS	
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> OTRA: _____	
		7. Régimen de afiliación en salud:	
		<input type="checkbox"/> Subsidiado	
		<input type="checkbox"/> Contributivo	
		<input type="checkbox"/> Vinculado	
		<input type="checkbox"/> Especial	
		<input type="checkbox"/> Ninguno	
		ARS / EPS: _____	
8. Qué tipo de discapacidad presenta?:			
<input type="checkbox"/> Física			
<input type="checkbox"/> Verbal			
<input type="checkbox"/> Psicológica			
<input type="checkbox"/> Visual			
9. Vive:		10. No. de personas con quienes convive:	
<input type="checkbox"/> Solo		<input type="checkbox"/> Familiares	
<input type="checkbox"/> Acompañado		<input type="checkbox"/> Amigos	
		11. Lugar de nacimiento:	
		<input type="checkbox"/> Guapi	
		<input type="checkbox"/> Timbiqui	
		<input type="checkbox"/> Lopez de Micay	
		<input type="checkbox"/> Tumaco	
		<input type="checkbox"/> Buenaventura	
		<input type="checkbox"/> Otro	
12. Ocupación?			
<input type="checkbox"/> Ama de casa			
<input type="checkbox"/> Pescador			
<input type="checkbox"/> Comerciante			
<input type="checkbox"/> Profesor			
<input type="checkbox"/> Otro. Cuál		_____	
13. Usted ayuda económicamente a su familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
14. De donde provienen sus ingresos:		15. Cuanto dinero recibe mensualmente:	
<input type="checkbox"/> Pensión		<input type="checkbox"/> Nada	
<input type="checkbox"/> Subsidio		<input type="checkbox"/> menos de \$50.000	
<input type="checkbox"/> Ayuda de la familia		<input type="checkbox"/> entre \$50.000 y \$100.000	
<input type="checkbox"/> Trabajo informal/ actividad propia		<input type="checkbox"/> entre \$100.001 y \$200.000	
<input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> entre \$200.001 y \$300.000	
		<input type="checkbox"/> entre \$300.000 y 1 SMLMV	
		<input type="checkbox"/> más de 1 SMLMV	
		16. Cuanto dinero gasta mensualmente:	
		<input type="checkbox"/> Nada	
		<input type="checkbox"/> menos de \$50.000	
		<input type="checkbox"/> entre \$50.000 y \$100.000	
		<input type="checkbox"/> entre \$100.001 y \$200.000	
		<input type="checkbox"/> entre \$200.001 y \$300.000	
		<input type="checkbox"/> más de 1 SMLMV	

Datos del Grupo Familiar: Llenar la información correspondiente, de acuerdo a cada integrante del grupo familiar. En caso de no aplicar la información, colocar N/A

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION

**Observaciones:**

---



ANEXO E. Autorización para el uso del Instrumento



Yenny Marcela Barreto Zorza <yambarretoz@unal.edu.co>

---

## **Autorización Uso de "Escala de efectividad de la funcionalidad familiar"**

---

**Marie-Luise Friedemann** <friedemm@fiu.edu>  
Para: Yenny Marcela Barreto Zorza <yambarretoz@unal.edu.co>

14 de marzo de 2013, 20:01

Hola, Sra. Barreto:

Con mucho gusto le doy el permiso de usar el instrumento ASF-E para su investigación. Le envío un artículo de una evaluación con el instrumento. Propongo que haga la medición más de dos veces porque, dependiendo de su programa, los participantes podrían obtener una percepción más realista después de comenzar el programa de su familia y por esto bajar sus puntos con el ASF-E. Puede ser preferible comparar la medición 2 (unos días después de empezar el programa) y 3 al final del programa.

Por favor, envíeme los resultados con el instrumento.

Saludos,

Marie-Luise Friedemann PhD, RN  
Professor Emerita  
Florida International University, College of Nursing and Health Sciences  
14700 Dade Pine Ave  
Miami Lakes, Florida 33014  
Telephone: (305) 826-3264



ANEXO G. Escala de evaluación  
**ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**  
 (Versión en español)<sup>315</sup>  
 AUTORA: Marie Luise Friedemann<sup>316</sup>

**CÓMO 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.

N o.		Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
1	C	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2	M S	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<sup>315</sup> Traducción realizada por el Departamento de Lenguas Extranjeras de la Universidad Nacional de Colombia. Abril de 2006.

<sup>316</sup> Marie Luise Friedemann, R.N., Ph. D., Assistant Professor, College of Nursing, Wayne State University, 5557 Cass Avenue MI. USA.

N o.		Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia 2	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad 1	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar 3
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio 2	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente 3	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa 1
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias 3	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos 2	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra 1
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende 1	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien 2	Nosotros sabemos cuando alguien en nuestra familia tiene problemas 3
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 3	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos 1	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita 2
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian 3	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos 2	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor mas cercano 1
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos

		sufrimiento	diferente	
		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, si no 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	En nuestra familia no nos	En nuestra familia cada uno	En nuestra familia somos

	S	preocupamos mucho el uno por el otro	toma sus propias decisiones	unidos
		1	2	3
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
		1	3	2
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
		1	3	2
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
		2	1	3
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
		3	2	1

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

## ANEXO I. Consentimiento Informado

Fecha: \_\_\_\_\_

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: EFECTO DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA FAMILIAS EXTENSAS AFROCOLOMBIANAS. GUAPI-CAUCA**

En calidad de estudiante de maestría de Salud Pública docente e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación mencionado. El objetivo de este estudio es: Evaluar el efecto de la propuesta del programa de Atención Primaria en Salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, para familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca. Para realizarlo se solicita su participación voluntaria. Esta participación implica compartir lo que usted vive en su familia, las necesidades que percibe y posibles soluciones a estas necesidades.

Los resultados de este estudio permitirán a las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca y a los profesionales de enfermería, conocer y reflexionar sobre la realidad en que usted vive, y de esta manera con su colaboración reorientar el cuidado de enfermería a las familias de su municipio de viven en esta situación y tienen estas necesidades.

En el proceso del estudio para la recolección de los datos se llevara a cabo seis encuentros, donde se trabajaran necesidades que han sido encontradas en anteriores proyectos, se trabajará sobre dibujos, dinámicas, reflexiones, entre otras, cada sesión tendrá una duración aproximada de dos horas, las cuales podrán ser grabadas tomar fotografías de las mismas. Los encuentros se realizarán en un lugar donde usted pueda mantener su privacidad y expresarse tranquilamente. Estas serán realizadas por las líderes de su comunidad guiadas por la estudiante de Maestría.

Su nombre y datos personales no aparecerán en los resultados de esta investigación. Los documentos que surjan de la investigación serán identificadas con un código. La información que usted brinde sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, se guardará durante un año, hasta que se considere que su utilización no vulnere la integridad física o moral de los participantes, luego será destruida.

Si en algún momento Usted se siente incómoda durante los encuentros, por favor comuníquelo y esta será interrumpida de inmediato. Usted se puede retirar de esta investigación en el momento que lo desee o lo considere necesario guardándose las razones de esta decisión. Su negativa a continuar en la investigación no le acarreará ninguna consecuencia negativa.

Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud. Sin embargo si durante la realización de alguna de las sesiones usted presenta alguna alteración emocional, se suspenderá de inmediato y se hará la recomendación a su médico tratante para su atención correspondiente. Su participación no tiene ningún costo económico.

Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Sin embargo, en ningún momento se darán a conocer su nombre ni datos personales; se le dará un seudónimo o código. Antes de publicar los resultados del estudio, Usted será previamente informado de éstos para su confirmación.

Es importante aclarar que este estudio cuenta con el apoyo de la División de Investigación-Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, y con el aval ético de la Facultad de Enfermería de la UN, autorización de la Secretaria de Salud del Municipio de Guapi-Cauca y de la Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR.

Agradezco su atención y espero que usted acepte vincularse a este proceso.

---

Enfermera - Docente Facultad de Enfermería UN  
Investigadora

---

Enfermera-Estudiante de Maestría

**EN CASO DE TENER INQUIETUDES COMO SUJETO PARTICIPANTE EN ESTA INVESTIGACIÓN COMUNICARSE CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UN. TEL. 316.5000 EXT 17085**

**He leído y comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. He recibido una copia de este consentimiento informado.**

**Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi atención en cualquier aspecto social, político ó de salud**

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_

Si Usted no desea que su firma aparezca en el consentimiento informado, puede plasmar su huella digital.

<b>TESTIGO 1.</b>
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:
<b>TESTIGO 2.</b>
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:

Fecha: \_\_\_\_\_

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: EFECTO DE LA PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA FAMILIAS EXTENSAS AFROCOLOMBIANAS. GUAPI-CAUCA**

En calidad de estudiante de maestría de Salud Pública docente e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación mencionado. El objetivo de este estudio es: Evaluar el efecto de la propuesta del programa de Atención Primaria en Salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario, para familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca. Para realizarlo se solicita su participación voluntaria. Esta participación implica compartir lo que usted vive en su familia, las necesidades que percibe y posibles soluciones a estas necesidades.

Este documento de asentimiento informado es para niños escolares entre 7 y 12 años, que pertenecen a las familias extensas afrocolombianas del Municipio de Guapi-Cauca y que desean participar voluntariamente en la investigación.

En el proceso del estudio para la recolección de los datos se llevara a cabo seis encuentros, donde se trabajaran necesidades que han sido encontradas en anteriores proyectos, se trabajará sobre dibujos, dinámicas, reflexiones, entre otras, cada sesión tendrá una duración aproximada de dos horas, las cuales podrán ser grabadas tomar fotografías de las mismas. Los encuentros se realizarán en un lugar donde usted pueda mantener su privacidad y expresarse tranquilamente. Estas serán realizadas por las líderes de su comunidad guiadas por la estudiante de Maestría.

Su nombre y datos personales no aparecerán en los resultados de esta investigación. Los documentos que surjan de la investigación serán identificadas con un código. La información que usted brinde sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, se guardará durante un año, hasta que se considere que su utilización no vulnere la integridad física o moral de los participantes, luego será destruida.

Si en algún momento Usted se siente incómoda durante los encuentros, por favor comuníquelo y esta será interrumpida de inmediato. Usted se puede retirar de esta investigación en el momento que lo desee o lo considere necesario guardándose las razones de esta decisión. Su negativa a continuar en la investigación no le acarreará ninguna consecuencia negativa. Es importante aclarar que la participación o no en el estudio, no afectará la situación del niño, ni a ningún miembro de la familia.

Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud. Sin embargo si durante la realización de alguna de las sesiones usted presenta alguna alteración emocional, se suspenderá de inmediato y se hará la recomendación a su médico tratante para su atención correspondiente. Su participación no tiene ningún costo económico.

Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Sin embargo, en ningún momento se darán a conocer su nombre ni datos personales; se le dará un seudónimo o código. Antes de publicar los resultados del estudio, Usted será previamente informado de éstos para su confirmación.

Es importante aclarar que este estudio cuenta con el apoyo de la División de Investigación-Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, y con el aval ético de la Facultad de Enfermería de la UN, autorización de la Secretaria de Salud del Municipio de Guapi-Cauca y de la Fundación Franciscana Da Amor FFUNDAMOR.

Agradezco su atención y espero que usted acepte vincularse a este proceso.

---

Enfermera - Docente Facultad de Enfermería UN  
Investigadora

---

Enfermera-Estudiante de Maestría

**EN CASO DE TENER INQUIETUDES COMO SUJETO PARTICIPANTE EN ESTA INVESTIGACIÓN COMUNICARSE CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UN. TEL. 316.5000 EXT 17085**

He leído y comprendido toda la hoja de información y he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. He recibido una copia de este consentimiento informado.

**Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi atención en cualquier aspecto social, político ó de salud**

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_

Si Usted no desea que su firma aparezca en el consentimiento informado, puede plasmar su huella digital.

<b>TESTIGO 1.</b>
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:
<b>TESTIGO 2.</b>
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:

## ANEXO K. Acta de alianza con la fundación franciscana da Amor FFUNDAMOR



**ACTA DE COMPROMISO – ACTA DE ACUERDO SUSCRITA ENTRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – SEDE BOGOTÁ – FACULTAD DE ENFERMERÍA Y LA FUNDACION FRANCISCANA DA AMOR FFUNDAMOR DEL MUNICIPIO DE GUAPI (CAUCA).**

Entre los suscritos a saber, de una parte, **RENATA VIRGINIA GONZALEZ CONSUEGRA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No.41.747.841 de Bogotá, Decana de la Facultad de Enfermería, nombrada mediante Resolución No.072 del 06 de Junio de 2012 del Consejo Superior Universitario, Acta de posesión No.179 del 15 de Junio de 2012, obra en nombre y representación de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**, ente Universitario autónomo del orden estatal, vinculado al Ministerio de Educación Nacional, regido actualmente por el Decreto 1210 de 1993, y de otra parte, **LUIS FERNANDO BENITEZ**, mayor de edad, domiciliado en la Ciudad de Guapi (Cauca), identificado con la cédula de ciudadanía No.71.603.222 de Medellín, de la **FUNDACIÓN FRANCISCANA DA AMOR "FFUNDAMOR"**, en su calidad de Representante Legal, han acordado celebrar la siguiente Acta de Compromiso- Acta de Acuerdo:

**CLAUSULA PRIMERA. OBJETO:** a. Desarrollo del trabajo de campo de la investigación: "Efecto de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas", coordinado por la Profesora de la Facultad de Enfermería Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez, perteneciente al grupo de Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. b. Desarrollo de tesis de estudiantes de Maestría y/o trabajos de grado u otros que más adelante se reglamenten.

**CLAUSULA SEGUNDA. DURACION:** Dos (2) años contados a partir de la fecha de la firma.

**CLAUSULA TERCERA. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:**

Construcción de un programa de atención Primaria en salud familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural en el Municipio de Guapi-Cauca

Evaluar el efecto de la implementación un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural en el Municipio de Guapi-Cauca

**CLAUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DE LAS PARTES:** Por parte de **FUNDACIÓN FRANCISCANA DA AMOR "FFUNDAMOR"**: a) Asignar la infraestructura física requerida y los equipos necesarios para el desarrollo del trabajo de campo: recolección de la información y talleres educativos con las familias. b) Asignar recurso humano para coordinar la convocatoria de las familias en el Municipio de Guapi, para la ejecución de los objetivos del proyecto. c) Participación de por lo menos un miembro de la Fundación en el Grupo de Investigación Acción Participación. d) Convocar las familias participantes del proyecto. e) De acuerdo a las medidas de sus posibilidades garantizar las mejores condiciones de bienestar y seguridad para la docente investigadora, la joven investigadora y estudiantes. f) Los demás requeridos para dar cumplimiento a la presente. Por parte de la **FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**: a. Desarrollar las actividades planeadas para cumplir con el objeto de la presente Acta. b. Coordinar con **FUNDACIÓN FRANCISCANA DA AMOR "FFUNDAMOR"** la ejecución de actividades programadas para realizar el trabajo de campo.

**CUARTA.- DE LOS RECURSOS FINANCIEROS.** El proyecto se financia con cargo al proyecto "Diseño de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas desde un enfoque cultural" generadas por el ganador de la Convocatoria Joven investigador 566 de COLCIENCIAS y la División de Investigación Sede Bogotá.

**QUINTA. – PROPIEDAD INTELECTUAL.** Las partes manifiestan que para efectos de la titularidad de los derechos de propiedad intelectual causados dentro de la presente Acta, los desarrollos y los resultados de los mismos serán en beneficio de la población objeto, pero la autoría intelectual de los informes y productos académicos corresponderán a la Universidad Nacional de Colombia. Los trabajos de investigación que se realicen en el marco del presente convenio, así como las publicaciones que se originen, respetaran las normas vigentes sobre derechos de autor en especial las consagradas en el Reglamento sobre Propiedad Intelectual de LA UNIVERSIDAD NACIONAL, contenido en el Acuerdo No. 035 del 3 de diciembre de 2003 del Consejo Académico. En el Informe final se hará mención de agradecimiento a la

**Fundación Franciscana Da Amor "FFUNDAMOR". COMUNICACIONES:** Toda comunicación entre las instituciones se realizará a través de la profesora **VILMA FLORISA VELASQUEZ GUTIERREZ** con copia a la vicedecanatura de la Facultad de Enfermería. 7.- **PERFECCIONAMIENTO:** El presente acuerdo queda perfeccionado a la firma por los representantes de las dos instituciones.

**MECANISMOS DE TRABAJO Y SUPERVISIÓN AL JOVEN INVESTIGADOR Y ESTUDIANTES DE MAESTRÍA PARTICIPANTES:** La docente designada, será responsable de la planeación, ejecución, evaluación, ajustes y la supervisión y organización del desarrollo del proyecto: Profesora Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez identificada con Cédula de Ciudadanía No.21.021.083 expedida en Tocancipá.

En Constancia se firma en la Ciudad de Bogotá, D.C. a los 15 días del mes de Enero del 2014.

  
**Renata González Consuegra**  
Decana  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

  
**Luis Fernando Benítez Arias**  
Representante Legal  
Fundación Franciscana Da Amor "FFUNDAMOR"

ANEXO L. Autorización de la Alcaldía para realizar el proyecto.



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL CAUCA  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SALUD  
NIT: 800.084.378-0

Guapi 20 de Febrero de 2014

Yo MIGUEL URRUTIA SANCHEZ identificado con la cedula de ciudadanía No 10.386.864, expedida en Guapi. En mi calidad de Secretario de Salud del municipio de GUAPI- CAUCA doy la autorización para desarrollar el proyecto **“Efecto de un programa de Atención Primaria en Salud para familias extensas afrocolombianas desde un Enfoque cultural en el municipio de GUAPI- CAUCA”** ganador de la convocatoria “convocatoria del programa nacional de proyectos para el fortalecimiento de la investigación, la creación y la innovación en posgrados de la universidad nacional de Colombia 2013-2015”

  
**MIGUEL ÁNGEL URRUTIA SANCHEZ**  
Secretario de Salud Municipio Guapi-Cauca

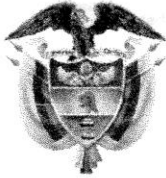


**“UNIDOS POR EL CAMBIO”**

Dirección: Carrera 2ª No. 5-73  
Teléfono: (092)8400488  
Fax: (092)8400488  
GUAPI - CAUCA



## ANEXO . Gestiones procesos



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**DEPARTAMENTO DEL CAUCA**  
**ALCALDIA MUNICIPAL**  
**SECRETARIA DE SALUD**  
**NIT: 800.084.378-0**

Guapi-Cauca 03 de Febrero del 2014

Respetado Doctor:  
**HOLMAN RIVERO RODRIGUEZ**  
 Gerente  
 Hospital E.S.E  
 Guapi-Cauca

Cordial saludo

Por medio de la presente me permito solicitar a usted una brigada de Salud en el Barrio Olímpico, para adultos mayores, mujeres desde los 14 a 59 años y niñ@s que hacen parte del programa "Con fuerza y alegría echamos pa'lante el centro de desarrollo humano", el cual abarca una población aproximada de 180 personas, esto con el fin de realizar actividades de promoción y prevención, no solamente serán del barrio Olímpico sino la comunidad en general de Guapí, será invitada a participar.

Con esta brigada se busca cubrir programas de: Vacunación, Citología, Planificación familiar, Consulta prenatal, consulta de crecimiento y desarrollo, valoración medica, Hipertensos y valoración en casa de personas en situación de discapacidad.

A continuación se mencionan los recursos que se requieren:

Recurso Humano: Médico, Odontólogo, Auxiliares de enfermería y Jefe de Enfermería de Promoción y prevención.

Recurso Físico: Espéculos con kit, tapabocas, guantes, laminas, fijador, vacunas, medicamentos, camillas móviles, bombos(cortinas que protejan la intimidad del usuario) y los que requieran los médicos y odontólogos.

Adicional a esto hay algunos adultos mayores que se encuentran en situación de discapacidad y no reciben alguna atención medica desde hace algún tiempo, la idea es priorizar algunos casos importantes para que estas personas sean visitadas en casa por un médico de la E.S.E, para su respectiva valoración.

Agradezco su atención y colaboración

Esperamos pronta respuesta

Cordialmente

  
**MIGUEL ÁNGEL URRUTIA SANCHEZ**  
 Secretario de Salud Municipio Guapi-Cauca

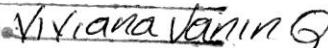
ESE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
 E.S.E - GUAPI - CAUCA  
 GUAPI COMUNICACIONES RECIBIDAS

Día: 03 Mes: 02 Año: 2014

Nº Radicador: 70

Hora: 10 20 am.

Folios: 1

Firma recibida: 



ANEXO N. Tabla comparativa de los resultados reportados por la literatura y el presente estudio sobre la Efectividad de la funcionalidad familiar en Colombia.

<b>Efectividad de la funcionalidad familiar</b>	<b>E1 341</b>	<b>E2 342</b>	<b>E3 343</b>	<b>E4 344</b>	<b>E5 345</b>	<b>E6 346</b>	<b>E7 347</b>	<b>Guapi Niños</b>	<b>Guapi Mujeres</b>	<b>Guapi adulto mayor independiente</b>			
<b>EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL</b>													
								PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS
Nivel bajo	52	67	82	NR	62.7	18.9	70	82	66	90	86	88	66
Nivel medio	46	33	18	NR	32.4	60.7	27	12	34	10	14	12	34
Nivel alto	2	0	0	66	4.9	18.9	3	0	0	0	0	0	0
<b>Dimensión de mantenimiento</b>													
Nivel bajo	0	4	0	NR	2.9	0	5	6	0	2	0	4	0
Nivel medio	13	33	14	NR	25.5	5.06	34	92	36	68	3	48	28
Nivel alto	87	63	86	73	71.6	94.9	61	2	64	30	46	48	72
<b>Dimensión de cambio</b>													
Nivel Bajo	7	10	0	NR	2.9	1.27	3	30	8	14	24	16	16
Nivel medio	63	63	86	52	59.8	59.4	40	62	82	72	52	74	64
Nivel alto	30	27	14	NR	37.3	39.2	57	8	10	14	24	10	20
<b>Dimensión de individuación</b>													
Nivel bajo	12	27	13	NR	41.2	6.33	12	26	12	8	12	4	8
Nivel medio	51	47	64	38	44.1	44.9	79	64	50	48	52	52	46
Nivel alto	37	26	23	NR	14.7	48.7	9	10	38	44	36	44	46

<sup>341</sup> Villalobos Bertha. Op cit. 1995. P 1-167

<sup>342</sup> Bolívar Yolima. Op cit. 2006.

<sup>343</sup> Bolaño Dayana et al Op cit. 2013. P 3-10

<sup>344</sup> Valle Ruth. Op cit. 2012. Págs. 68-74

<sup>345</sup> Galán Edna. Op cit. 2008. P 1-147

<sup>346</sup> Osorno Maria. Op cit. 2007

<sup>347</sup> Campos Maria. Op cit. 2007. P 1-137

<b>Dimensión de coherencia</b>													
Nivel bajo	3	4	5	NR	8.8	1.27	10	12	6	8	6	12	0
Nivel medio	47	44	50	47	50	19.6	50	80	68	72	56	60	60
Nivel alto	50	52	45	NR	41.2	79.1	40	8	26	20	38	28	40
<b>Meta de estabilidad</b>													
Nivel bajo	0	2	0	NR	8.8	0.63	6	2	0	2	2	8	0
Nivel medio	18	31	32	NR	23.5	5.69	31	96	40	74	52	54	36
Nivel alto	82	67	68	51	67.6	93.6	63	2	60	24	46	38	64
<b>Meta de control</b>													
Nivel bajo	0	1	0	NR	0.0	0	2	10	0	2	10	3	0
Nivel medio	27	45	41	NR	35.3	7.59	30	86	52	76	52	30	46
Nivel alto	73	54	59	66	64.7	92.4	68	4	48	22	38	17	54
<b>Meta de crecimiento</b>													
Nivel bajo	5	5	0	NR	4.9	1.27	5	20	4	4	8	0	2
Nivel medio	53	24	86	53	69.6	47.4	55	76	90	74	72	82	76
Nivel alto	42	71	14	NR	25.5	51.2	40	4	6	22	20	18	22
<b>Meta de espiritualidad</b>													
Nivel bajo	2	4	0	NR	8.8	0.63	10	10	4	2	4	0	0
Nivel medio	42	56	59	49	60.8	22.7	57	86	54	70	58	68	44
Nivel alto	56	40	41	NR	30.4	76.5	33	4	42	28	38	32	54

## ANEXO M. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los niños.

ÍTEM	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
C1	En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia esta feliz	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	32	64	14	28	4	8	15	30	31	62
MS2	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia		En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	35	70	11	22	4	8	6	12	40	80
I3	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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar		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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	30	60	12	24	9	18	4	8	37	74
CS4	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa		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		No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio		Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	24	19	38	19	38	5	10	4	8	41	82
C5	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos		Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos	

					apoyamos más que en otras familias						apoyamos más que en otras familias	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	24	26	52	12	24	12	24	24	48	14	28
MS 6	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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas		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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	2	4	33	66	15	30	2	4	9	18	39	78
I7	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		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	32	64	12	24	6	12	13	26	31	62
CS 8	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian		Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	7	14	28	56	15	30	7	14	11	22	32	64
MS 9	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	2	4	37	74	11	22	3	6	12	24	35	70
C 10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que		En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que	



	13	26	24	48	13	26	12	24	25	50	13	26
C 15	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos		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		En nuestra familia todos podemos opinar		En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	20	40	22	44	9	18	24	48	17	34
MS 16	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	24	22	44	16	32	2	4	17	34	31	62
CS 17	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás		En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	13	26	14	28	23	46	9	18	29	58	12	24
C 18	En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto		En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	19	38	15	30	4	8	17	34	29	58
MS 19	En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales		En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	18	36	22	44	3	6	11	22	36	72
CS 20	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos		En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	

---

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	19	38	11	22	20	40	34	68	4	8	12	24





	10	20	18	36	22	44	3	6	11	22	36	72
--	----	----	----	----	----	----	---	---	----	----	----	----

ANEXO Ñ. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los niños en la dimensión de coherencia

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
C1	En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	32	64	14	28	4	8	15	30	31	62
C5	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias		Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	24	26	52	12	24	12	24	24	48	14	28
C 10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se		En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	

					haga.							
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
		8	16	26	52	16	32	8	16	26	52	16
C 15	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos		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		En nuestra familia todos podemos opinar		En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	20	40	22	44	9	18	24	48	17	34
C 18	En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto		En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	19	38	15	30	4	8	17	34	29	58

## ANEXO O. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los niños en la dimensión de individuación

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
13	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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar		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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	30	60	12	24	9	18	4	8	37	74
17	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		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	32	64	12	24	6	12	13	26	31	62
112	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las		Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde		Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las		Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los		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	

Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos		trabajamos, luchamos por nuestros derechos		personas comprometidas		sitios donde trabajamos				personas comprometidas	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
20	40	7	14	23	46	20	40	15	30	15	30



	aje	a	aje									
	15	30	24	48	11	22	15	30	26	52	9	18
CS 17	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás		En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	13	26	14	28	23	46	9	18	29	58	12	24
CS 20	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos		En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	19	38	11	22	20	40	34	68	4	8	12	24

## ANEXO Q. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de las mujeres

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
C1	En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	9	18	10	20	11	22	3	6	11	22	36	72
MS2	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia		En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	7	14	15	30	28	56	3	6	15	30	32	64
I3	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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar		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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	11	22	35	70	6	12	14	28	30	60

CS4	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa		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		No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio		Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	12	24	35	70	12	24	16	32	22	44
C5	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias		Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	24	23	46	15	30	12	24	15	30	23	46
MS 6	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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas		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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	16	32	26	52	10	20	15	30	25	50

17	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		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	5	10	26	52	19	38	9	18	20	40	21	42
CS 8	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian		Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	17	34	11	22	22	44	10	20	16	32	24	48
MS 9	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	16	32	30	60	10	20	15	30	25	50

C 10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.		En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	23	46	17	34	12	24	20	40	18	36
MS 11	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	17	34	17	34	21	42	12	24	17	34
I 12	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	11	22	13	26	26	52	16	32	9	18	25	50

CS 13	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan		La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	22	44	12	24	12	24	19	38	19	38
MS 14	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido		Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	29	58	15	30	6	12	13	26	23	46	14	28
C 15	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos		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		En nuestra familia todos podemos opinar		En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	22	44	18	36	5	10	28	56	17	34

MS 16	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	13	26	31	62	12	24	6	12	32	64
CS 17	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás		En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	7	14	24	48	19	38	14	28	16	32	20	40
C 18	En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto		En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	26	52	21	42	5	10	19	38	26	52

MS 19	En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales		En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	9	18	31	62	2	4	12	24	36	72
CS 20	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos		En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	21	42	10	20	19	38	21	42	3	6	26	52

ANEXO R. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de las mujeres en la dimensión de mantenimiento

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
MS2	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia		En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	7	14	15	30	28	56	3	6	15	30	32	64
MS 6	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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas		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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	16	32	26	52	10	20	15	30	25	50
MS 9	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	16	32	30	60	10	20	15	30	25	50

MS 11	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	17	34	17	34	21	42	12	24	17	34
MS 14	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido		Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	29	58	15	30	6	12	13	26	23	46	14	28
MS 16	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	13	26	31	62	12	24	6	12	32	64
MS 19	En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales		En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	9	18	31	62	2	4	12	24	36	72

ANEXO S. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de las mujeres en la dimensión de coherencia												
ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
C1	En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	9	18	10	20	11	22	3	6	11	22	36	72
C5	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias		Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	24	23	46	15	30	12	24	15	30	23	46
C 10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.		En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	23	46	17	34	12	24	20	40	18	36
C 15	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos		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		En nuestra familia todos podemos opinar		En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	10	20	22	44	18	36	5	10	28	56	17	34
C 18	En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto		En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	26	52	21	42	5	10	19	38	26	52

ANEXO T. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de las mujeres en la dimensión de individuación

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
13	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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar		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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	11	22	35	70	6	12	14	28	30	60
17	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		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	5	10	26	52	19	38	9	18	20	40	21	42

I 12	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	11	22	13	26	26	52	16	32	9	18	25	50

ANEXO U. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de las mujeres en la dimensión de cambio.

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
CS4	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa		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		No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio		Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	12	24	35	70	12	24	16	32	22	44
CS 8	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian		Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	17	34	11	22	22	44	10	20	16	32	24	48

CS 13	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan		La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	22	44	12	24	12	24	19	38	19	38
CS 17	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás		En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	7	14	24	48	19	38	14	28	16	32	20	40
CS 20	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos		En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	21	42	10	20	19	38	21	42	3	6	26	52

ANEXO V. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los adultos mayores independientes

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
C1	En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalment e nuestra familia esta feliz	
	Frecuencia	Porcenta je	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcen taje	Frec uenci a	Porce ntaje
	16	32	9	18	25	50	4	8	11	22	36	72
MS2	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 desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia		En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia	
	Frecuencia	Porcenta je	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcen taje	Frecuen cia	Porce ntaje
	8	16	11	22	31	62	4	8	10	20	36	72
I3	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad,		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no		Si hay alguna tarea que hacer en la		Si hay alguna tarea que hacer en la	





											a	
	8	16	18	36	24	48	3	6	17	34	30	60
CS 8	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian		Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	36	13	26	21	42	10	20	18	36	22	44
MS 9	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	11	22	36	72	4	8	6	12	40	80
C 10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se		En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que	

					haga.						podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	26	52	18	36	8	16	10	20	32	64
MS 11	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien		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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	21	42	10	20	19	38	11	22	13	26	26	52
I 12	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	11	22	8	16	32	64	19	38	15	30	16	32
CS 13	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan		La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	9	18	27	54	14	28	13	26	25	50	12	24
MS 14	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido		Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos	

											tenido	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	29	58	21	42	0	0	11	22	28	56	11	22
C 15	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos		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		En nuestra familia todos podemos opinar		En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	13	26	26	52	11	22	9	18	29	58	12	24
MS 16	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	19	38	28	56	11	22	7	14	32	64
CS 17	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás		En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	13	26	21	42	16	36	13	26	24	48	13	26
C 18	En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto		En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	22	44	22	44	6	12	13	26	31	62
MS 19	En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales		En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	9	18	8	16	33	66	1	2	9	18	40	80
CS 20	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos		En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como	

	nos dice										realmente somos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	22	44	9	18	19	38	28	56	3	6	19	38

## ANEXO VV. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los adultos mayores independientes en la dimensión de mantenimiento

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
MS2	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia		En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tienen derecho a hacer alguna actividad determinada		A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderando o no le importan los otros miembros		Usualmente no solo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	8	16	11	22	31	62	4	8	10	20	36	72
MS 6	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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas		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 cuando alguien en nuestra familia tiene problemas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	10	20	34	68	3	6	9	18	38	76
MS 9	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	11	22	36	72	4	8	6	12	40	80
MS 11	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien		Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las		En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones		En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien		Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las		En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	

			decisiones						decisiones			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
		21	42	10	20	19	38	11	22	13	26	26
MS 14	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido		Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia		Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido		Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	29	58	21	42	0	0	11	22	28	56	11	22
MS 16	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	6	19	38	28	56	11	22	7	14	32	64
MS 19	En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales		En nuestra familia no hay nada que celebrar		En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales		En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	9	18	8	16	33	66	1	2	9	18	40	80

ANEXO X. Aval del ingreso del programa de APS al Plan de Intervenciones Colectivas del Municipio de Guapi-Cauca



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL CAUCA  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SALUD  
NIT: 800.084.378-0

Guapi

2014

Yo MIGUEL URRUTIA SANCHEZ identificado con la cedula de ciudadanía No 10.386.864, expedida en Guapi. En mi calidad de Secretario de Salud del municipio de GUAPI- CAUCA avalo incluir las actividades que hacen parte del proyecto **“Efecto de un programa de Atención Primaria en Salud para familias extensas afrocolombianas desde un Enfoque cultural en el municipio de GUAPI- CAUCA”** ganador de la convocatoria “convocatoria del programa nacional de proyectos para el fortalecimiento de la investigación, la creación y la innovación en posgrados de la universidad nacional de Colombia 2013-2015” en el (PIC) plan de intervenciones colectivas a desarrollar en la vigencia del 2014.

**MIGUEL ANGEL URRUTIA SANCHEZ**  
Secretario de Salud Municipio Guapi-Cauca



**“UNIDOS POR EL CAMBIO”**

Dirección: Carrera 2ª No. 5-73  
Teléfono: (092)8400488  
Fax: (092)8400488  
GUAPI - CAUCA



ANEXO Y. Acta de compromiso con Secretaria de Salud del Municipio de Guapi Cauca



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

Acta "Efecto de un Programa de Atención Primaria en Salud para Familias Extensas Afrocolombianas"			
Lugar:	Alcaldia de Guapi Cauca.		
Fecha:	05- Febrero / 2019		
Asistentes:	Secretario de Salud, Auxiliares de Enfermería, y Enfermero,		
Hora:	9:00am.		
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo</li> <li>• Socialización del Acercamiento y realización de Actividades al afiliar personas del programa al sistema de Salud. y a los adultos Mayores.</li> <li>• Programa Prosperar.</li> <li>• Jornada de Salud.</li> </ul>		
DESARROLLO DE LOS TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se acercaron con el Secretario de Salud para la Afiliación de 9 personas y el secretario refirió que se inundaron los computadores por la lluvia y se desplazaron hasta la EPS Salud Vida para la Verificación del Sisben y el Fosyq. y muchos aparecieron excepto 3. e incluyeron 2 más.</li> <li>- Hablaron con la persona encargada del programa Prosperar y le dijeron que los requisitos eran q las mujeres tuvieran edad de 55 años y los hombres 60 años, fotocopia de los dos lados de la cedula y el puntaje del sisben.</li> </ul>		
ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornada de Salud= el secretario dijo que tenía que hablar con el Alcalde para concertar la actividad pero no dio razón. y mañana se quedara para llamarlo.</li> </ul>		
COMPROMISOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendiente Firmar afiliaciones por el Secretario de Salud y se compromete a seguir afiliando los que se encuentren sin seguridad social en Salud.</li> <li>• llevar documentos de los adultos mayores para ingresarlos al programa PROSPERAR.</li> <li>• Pendiente Jornada de Salud.</li> </ul>		
FIRMA DE LOS ASISTENTES	FIRMA	CEDULA	CARGO
	<i>Yomairo Betancur</i>	34.679.311	Auxiliar de Enfermería
	<i>Cherla M. Alegria</i>	1.069.445.551	Auxiliar de Enfermería
	<i>Alexandra Maluche</i>	10.30.528.394	Enfermera Investigadora
	<i>Luz Buitrago</i>	1012350150	Enfermera Investigadora

## ANEXO Z. Acta de compromiso con la fundación franciscana da Amor FFUNDAMOR del Municipio de Guapi Cauca



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

Acta "Efecto de un Programa de Atención Primaria en Salud para Familias Extensas Afrocolombianas"			
Lugar:	Casa Franciscana		
Fecha:	08 Febrero 2014		
Asistentes:	Fray Fernando		
Hora:	2 pm		
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Presentación</li> <li>* Presentación de los proyectos del programa con fuerza y alegría echados pa lante centro de desarrollo humano.</li> <li>* Sugerencias, recomendaciones por parte del Fray Fernando.</li> </ul>		
DESARROLLO DE LOS TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>* A la ejecución de los proyectos; se formaron grupos de oración y de tradición musical (Carrola).</li> <li>* Se informa sobre la cobertura de Afiliación, el auxilio y apoyo del secretario de salud.</li> <li>* Prevención y control del medio ambiente.</li> </ul>		
ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Fray Fernando refiere apoyar el programa y estar a disposición a lo que se presente.</li> <li>-&gt; Alianzas para cupos a estudios Universitarios.</li> <li>- Colaboración con Los Refrigerios de sesion en olimpico.</li> <li>- Encuentros familiares 19 de Febrero 2014.</li> <li>- Por Solicitud del Fray desea Videconferencias que capaciten a los Auxiliares y personal del Ancianato.</li> </ul>		
COMPROMISOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alianzas para formación Deportiva.</li> </ul>		
FIRMA DE LOS ASISTENTES	FIRMA	CEDULA	CARGO
		71.603.222	Representante Legal FFUNDAMOR.
		1.030.528.394	Enfermera
		1022350450	Enfermería

## ANEXO. Acta de compromiso con el Hospital E.S.E del Municipio de Guapi Cauca



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

Acta "Efecto de un Programa de Atención Primaria en Salud para Familias Extensas Afrocolombianas"			
Lugar:	E. S. E. Guapi - Cauca.		
Fecha:	07 febrero / 2014		
Asistentes:	Gerente de la E.S.E, enfermeras y líderes		
Hora:	9 am		
TEMAS A TRATAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Presentación.</li> <li>→ Socialización del programa con fuerza y alegría, echamos pa' lante</li> <li>→ Solicitud de Brigada de salud aprobada por Secretaría de Salud.</li> <li>-7-</li> </ul>		
DESARROLLO DE LOS TEMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Se da a conocer los 4 proyectos del programa I.A.P</li> <li>→ Brigada de salud en el Barrio Olímpico.</li> <li>-programación de fechas y personal-</li> </ul>		
ACUERDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Gerente refiere que le informará al coordinador médico para organizar la jornada para el 15 de febrero/2014.</li> <li>→ El coordinador aprueba realizar la Jornada.</li> </ul>		
COMPROMISOS			
FIRMA DE LOS ASISTENTES	FIRMA	CEDULA	CARGO
		10529692	Gerente ESE
		16.475.977	COMED
		107350150	Enfermera

ANEXO AB. fotografías de la aplicación del programa de APS en el Municipio de Guapi-Cauca



ANEXO . Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los adultos mayores independientes en la dimensión de coherencia

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
C1	En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia está feliz		En nuestra familia hay rabia y tristeza		En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos		Generalmente nuestra familia esta feliz	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	32	9	18	25	50	4	8	11	22	36	72
C5	Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias		Nos parece que otras familias son mas unidas que la nuestra		En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos		Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	29	58	17	34	3	6	20	40	27	54
C10	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que		En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada		En nuestra familia algunos podrían colaborar más		En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	

					hay que hacer, se haga.							
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	26	52	18	36	8	16	10	20	32	64
C 15	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos		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		En nuestra familia todos podemos opinar		En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	13	26	26	52	11	22	9	18	29	58	12	24
C 18	En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto		En nuestra familia cada uno anda por su lado		Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos		Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	22	44	22	44	6	12	13	26	31	62

ANEXO . Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los adultos mayores independientes en la dimensión de individuación

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
13	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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar		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, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia		Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	12	9	18	35	70	4	8	5	10	41	82
17	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		Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está		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		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	

					pasando y de lo que hay que hacer							
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
		8	16	18	36	24	48	3	6	17	34	30
I 12	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		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	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	11	22	8	16	32	64	19	38	15	30	16	32

ANEXO . Efectividad de la funcionalidad familiar en familias extensas afrocolombianas desde la percepción de los adultos mayores independientes en la dimensión de cambio.

ÍTEMS	PRE PRUEBA						POS PRUEBA					
	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO	
CS4	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa		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		No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio		Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	4	8	7	14	39	78	5	10	0	0	45	90
CS 8	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian		Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano		Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos		Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	36	13	26	21	42	10	20	18	36	22	44
CS 13	La mayoría de nuestros amigos de la		Nosotros no les contamos nuestros problemas		Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la		La mayoría de nuestros amigos de la		Nosotros no les contamos nuestros problemas		Nosotros podemos compartir con	

	comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		familiares a nuestros amigos de la comunidad		comunidad porque nos ayudan		comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos		familiares a nuestros amigos de la comunidad		nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	9	18	27	54	14	28	13	26	25	50	12	24
CS 17	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás		En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás		Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia		En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	13	26	21	42	16	36	13	26	24	48	13	26
CS 20	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos		En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice		En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad		En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	22	44	9	18	19	38	28	56	3	6	19	38

# BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN-CERÓN Mayra, Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (1): 35-40.

ALCALDÍA DE GUAPI CAUCA. Unidos por el cambio. Municipio de Guapi y su administración. 2013. [en línea]. [Consultado 18 sep. 2013]. Disponible en <<http://guapicauca.gov.co/index.shtml>>

AMAYA, Pilar. Riesgo Familiar Total 7-70 y del ISF-GEN 25. Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información 1995.p. 11.

APRAEZ Giovanni. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. Estudio de caso. [Tesis para optar al título de doctor en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia programa de doctorado Interfacultades en Salud Pública; 2010.

ARAUJO Jocelly, VIANA Millions, ARAUJO Rafaele, NUNES DE MIRANDA Francisco, ALBINO Clélia, DIAS Wilma. Efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: fatores influenciadores. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(2):579-88, fev., 2013.

ATTANASIO Orazio, GÓMEZ Luis Carlos, et al. Evaluación del impacto del Programa Familias en Acción -- subsidios condicionados de la Red de Apoyo Social. Informe Final Línea Base Unión Temporal IFS – Econometría S.A. – SEI. 2002, p 1-177

AUDISIO Yanina. Adaptación de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de Salud en Argentina. Versiones para usuarios y para pacientes con trastornos mentales. Córdoba, 2012. P 30

WAFESO, Niyi. What´s new about New Public Health? American Journal of Public Health. 2004:94 (5) May: p 705-709. Citado por: Apraez I. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud 1939-2008. Estudio de caso. [Tesis para optar al título de doctor en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia programa de doctorado Interfacultades en salud pública;2010

BARRETO Yenny, CATAÑO Nhora, MADERA Franci, MALUCHE Alexandra, ZÚÑIGA. Yurany. Caracterización de las familias con adultos mayores en el área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009. p.1-161.

BARRETO Yenny. Implementación y evaluación de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en Guapí-Cauca: un aporte para la población afrocolombiana. 2010.

BARRETO Yenny, VELÁSQUEZ Vilma F. Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación – acción- participativa. Enviado para publicación. Revista Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. 2013.

BERRA, Silvina. El estudio de las funciones de la Atención Primaria de la Salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina. Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 2012. P13-20 [En línea] Consultado [10/07/2014] Disponible en [\[http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2013\\_FuncionesAPS\\_ISBNe-book.pdf\]](http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2013_FuncionesAPS_ISBNe-book.pdf)

BOLÍVAR Yolima. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados. [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2007.

BOLAÑO Dayana, CORTINA José, VARGAS Sirley. Funcionalidad familiar en niños con dificultades en el aprendizaje escolar en dos instituciones educativas públicas del municipio de Sincelejo. Revisalud Unisucre 2013;1(1):3-10.

BREILH. Jaime. Latin american critical (“social”) epidemiology: new settings for an old dream. Int. J. Epidemiol. (2008) 37 (4): 745-750. doi: 10.1093/ije/dyn135

BRAVEMAN Paula. El Reconocimiento Sistemático en la Atención Primaria en Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41828>>

CAMPOS María. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adultos mayores de sesenta y cinco años y menores de ochenta años [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2007.

CASTELLANOS Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.

CATAÑO Nhora, LÓPEZ Alba, VELÁSQUEZ Vilma. Propuesta de un modelo de cuidado cultural para ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área urbana del Municipio de Guapi-Cauca. 2009

CATAÑO Nhora, LÓPEZ Alba, VELÁSQUEZ Vilma. Validación del modelo de cuidado cultural de la salud en poblaciones ancianas con situación de discapacidad y pobreza residentes en Cundinamarca y Cauca. 2010

CEPAC. Centro Pastoral Afrocolombiano. La familia afrocolombiana [en línea]. Consultado [10 agosto 2012]. Disponible en <<http://axe-cali.tripod.com/cepac/hispafrocol/8.htm/>>

CEPAL. Pobreza en América Latina: Nuevos escenarios y desafíos de políticas para el hábitat urbano. División de Medio Ambiente y Asentamientos Humanos Santiago de Chile, octubre de 2000. [en línea]. [Consultado 2012 sep. 15]. Disponible en <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/5637/lcl1429e.pdf>>

CEZAR-VAZ MR, SANTOS DA SILVA MRS, ALVES BONOW CA. Family health strategy as socio environmental strategy for health promotion for vulnerable families. J Nurs UFPE on line. 2012 June;6(6):1474-84

COLOMBIA. Banco de la República. 2008. Informe de Coyuntura Económica del departamento del Cauca, 2008.

COLOMBIA. Biblioteca de la madre líder, crianza con amor. Cartilla No 12. Agencia presidencial para la acción social y la cooperación internacional. Programa familias en acción. <<http://www.dps.gov.co/documentos/FA/Crianza%20con%20amor.pdf>>

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 1098 del 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Congreso de Colombia. p.6-8. [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>>

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

COLOMBIA. CONPES 3660. Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá. 2010. [En línea] Consultado [9 de junio de 2013]. Disponible en <<http://www.mincultura.gov.co>>

COLOMBIA. Constitución Política de Colombia 1991. [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>>

COLOMBIA. Gobernación de Antioquia. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia. 2010 ISBN: 978-958-8711-00-3.

COLOMBIA. Gobernación del departamento del Cauca. Secretaría de Salud departamental, Costa Pacífica, Territorio demostrativo en Salud Pública "Cauca: todas las oportunidades" 2012. [en línea]. [Consultado 5 mayo 2014]. Disponible en <[http://saludcauca.gov.co/docs/2012/s\\_integrado\\_informacion/publicaciones/ANALISIS\\_sala\\_situacional\\_Costa\\_Pacifico.pdf](http://saludcauca.gov.co/docs/2012/s_integrado_informacion/publicaciones/ANALISIS_sala_situacional_Costa_Pacifico.pdf)>

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007 Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [en línea]. [Consultado 2012 sep. 15]. Disponible en: <[https://www.healthresearchweb.org/files-/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](https://www.healthresearchweb.org/files-/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)>

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 del 11 de febrero de 2008. Por el cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de entidades territoriales. Bogotá. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912>>

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.[en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en <[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)>

COLOMBIA. Ministerio de Salud y la Protección Social. Entornos saludables. Consultado [20-03-2013] Disponible en <<http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/entornossaludables.aspx>>

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Ley 1438/2011 "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [en línea]. [Consultado 15 de Septiembre de 2012]. Disponible en <<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad-/LEY%201438%20DE%202011.pdf>>

COLOMBIA. Ministerio de Trabajo. Perfil productivo Municipio Guapi. Insumo para el diseño y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. RED ORMET 2013. P 1-132. [en línea]. [Consultado 25 de marzo 2014]. Disponible en <[www.mintrabajo.gov.co/component/.../1607-perfilproductivoguapi.html](http://www.mintrabajo.gov.co/component/.../1607-perfilproductivoguapi.html)>

COLOMBIA. Observatorio del programa presidencial de Derechos Humanos y DIH. Diagnóstico de la situación de los municipios habitados por las comunidades afrocolombianas priorizadas por la Honorable Corte Constitucional en el departamento de Cauca. <<http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/documents/2010/DiagnosticoAfro/Cauca.pdf>>

COLOMBIA. El Plan Nacional de Desarrollo de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010-2014: hacia una Colombia pluriétnica y multicultural con prosperidad democrática. [En línea] Consultado el [09 de junio de 2012]. Disponible en <[http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iiuXj\\_H\\_o4%3D&tabid=273](http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=3iiuXj_H_o4%3D&tabid=273)>

CONCEJO DE BOGOTÁ D.C. Acuerdo No. 489 de 2012. "Por el cual se adopta el Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C 2012-2016 Bogotá Humana". [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en <[http://www.idep.edu.co/pdf/informes/Plan\\_Desarrollo\\_Bogota\\_Humana\\_2012-2016.pdf](http://www.idep.edu.co/pdf/informes/Plan_Desarrollo_Bogota_Humana_2012-2016.pdf)>

CONICET. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. Reunión de expertos "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales" CEPAL. 2005. Sala Medina. P. 20. Consultado [25 de septiembre de 2013]. p. 209-221. Disponible en <[http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Elizabeth\\_Jelin.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/2/21682/Elizabeth_Jelin.pdf)> p.20

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1988. [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos91/tratamiento-cundeamor-pacientes-diabetes-mellitus/tratamiento-cundeamor-pacientes-diabetes-mellitus2.shtml#ixzz33GEHyPkZ>>

DAMIÁN DÍAZ Milagros, MURIA VILA Irene Daniela. La educación primacía de la familia mediatizada por las instituciones educativas. Psicología para América Latina. Disponible en: <<http://psicolatina.org/Seis/educacion.html>><sup>1</sup> OSORNO N María Mercedes. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de la comuna nueve de la zona sur oriental de la ciudad de Sincelejo durante los meses de febrero a junio, 2006.

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2005. [En línea]. [Consultado 2012 agosto 28]. Disponible en: <<http://www.dane.gov.co>>.

DELGADO\_Mario F, CALVACHE José A, SILVA Carolina. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. 2011. Antipoda, Revista de Antropología y Arqueología.(3). 2006. P 227-254. [en línea]. [Consultado 10 noviembre de 2013]. Disponible en <<http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/105/index.php?id=105>>

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de sept de 1978. Consultado [22-02-2013] Disponible en <[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)>

DÍAZ Juan, ROJAS María. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. año 9 - vol. 9 n 1 - Chía, Colombia - abril 2009. 73 – 92.

ECHEVERRI Ligia. Tendencia o ruptura de la familia colombiana, una mirada retrospectiva y prospectiva. Revista Maguaré. Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Editorial Presencia. Vol. 9 Núm. 10 (1994). P. 105-121.

ECHEVERRI Óscar. Atención Primaria de la Salud, APS: Una nueva oportunidad. Plan de desarrollo Facultad de Salud 2011-2030. [En línea] Consultado [5 de mayo 2012]. Disponible en <[http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/aps\\_documento\\_previo\\_al\\_foro.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf)>

ENRÍQUEZ Carolina. Rendimiento académico en escolares de dos instituciones educativas publicas de Bogotá. [en línea]. 2008. Trabajo de grado magister en epidemiología. Universidad CES Medellín. Facultad de Medicina. [Consultado 30-03-2014] Disponible en <<http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/137/1/Factores%20de%20Riesgo%20Asociados.pdf>>p 25-27

ESPARZA S, PILLON S. Programa para fortalecer factores protectores que Limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. Rev Latino-am Enfermagem 2004 mar-abr; 12 (núm. especial):324-32. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>

FERREIRA J, VIANA R, AGUIAR V. Communication with men in the family health program: strategies of elucidation by nurses. Journal of Nursing, Revista de Enfermagem. 2012 Sept;6(9).

FRESNEDA, Óscar. La familia colombiana: ¿crisis o renovación? Observatorio de Coyuntura Socioeconómica. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo. UNICEF. Universidad Nacional de Colombia. 2001; p. 12.

FRIEDEMANN, ML. The framework of Systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing. London, New Delhi: SAGE Publications. Thousand Oaks, 1995. p. 4-16.

FRIEDEMANN, Marie-Luise. An Instrument to evaluate effectiveness in family functioning. En: Western Journal of Nursing Research. United States of America. Vol. 13, Num. 2 .(Apr 1991); p. 224, 237.

FRIEDEMANN, Marie-Luise; SMITH Ann A. A triangulation approach to testing a family instrument. Western Journal of Nursing Research, 1997, 19(3), p.364 -378.

GARCIA MADRID, Guillermina. LANDEROS OLVERA, Erick y otros. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. En Rev. Enf Inst. Mexico. Seguro Social. México. 2007. Vol 15, no 1, p 21-25,

GALÁN Edna. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados en el municipio de Paipa [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2008.

GALICIA AGUILAR, Rosa María. Cuidado de enfermería familiar en una comunidad rural. Rev Paraninfo Digital, 2009; 6. [en línea] Consultado [15 de noviembre de 2013] Disponible en <http://www.index-f.com/para/n6/o015.php>

GOFIN Jaime, GOFIN Rosa. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007. P 177-185. [<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/12.pdf>]

GÓMEZ BUSTAMANTE Edna M. Efectividad de la funcionalidad familiar, en familias de preescolares, usuarios de los hogares de Bienestar Familiar de la comuna nueve del área de influencia del Centro de Atención Primaria, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena [Recurso electrónico]

GÓMEZ CLAVELINA, F J; CORIA, IRIGOYEN; PONCE, Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2): p 45-57. México. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación. En: Archivos Medicina Familiar, vol. 1 No 2., (feb-1999) México.

GONZÁLEZ Rosalía. Efectividad de la funcionalidad familiar en población estudiantil universitaria. Universidad Autónoma Nuevo León, Facultad de Enfermería, División de posgrado e investigación. 2001. [En línea]. Consultado [5 de marzo de 2014]. Disponible en <<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080093851.PDF>>

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. p. 3.

GUZMÁN J, HUENCHUAN S. Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. En: Naciones Unidas, CEPAL. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales: seminarios y conferencia [En línea]. Chile; 2005. Consultado [5 de septiembre de 2012]. p. 209-221. Disponible en <[http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46\\_Sesion\\_inaugural.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46_Sesion_inaugural.pdf)>

HANKOCK T. Ciudades y comunidades saludables: Pasado, presente y futuro. [En línea]. Consultado [20 de octubre de 2009]. Disponible en [<http://www.bvsde.paho.org/bvsdemu/bolmunici/bol4es.pdf>]

HERRERA P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1997. 13(6): 591-595 [en línea]. Consultado [28 de mayo de 2014] Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0864-212519970006000013Ing=e&snrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-212519970006000013Ing=e&snrm=iso)>ISSN 0864-2125>.

HISAKO Silvia, BRAGANÇA Márcia, FERRAZ Viviane, MONTEIROI Hellen. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. Revista Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): p. 228-33.

HOSPITAL PABLO VI BOSA. Empresa Social del Estado. Estrategia de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario: "Salud a su casa". Informe de cierre 2005-2006. . [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en <[http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13&Itemid=16](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=16)>

KLEBA Maria, MAROSO Ivete, VENDRUSCOLO Carine. O planejamento estratégico situacional no ensino da Gestão em saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 184-93.

LADRÓN DE GUEVARA Elsa, VÁZQUEZ Francisco, CUEVAS Roberto, ORTIZ Ma. Cristina. Gestión del conocimiento III y Salud pública III. Universidad Veracruzana. 2008. ISSN: 1870-2767. [En línea] Consultado [5 de mayo 2013]. Disponible en <<http://www.uv.mx/msp/files/2013/01/COLECCIONES-EDUCATIVAS-5.pdf>>

LALONDE, Marc. New Perspective on the health of Canadians: 28 years later. En: Rev Panm Salud Pública/ Pan Am J Public Health Washington. vol. 12 no. 3. 2002; p. 149-152. ISSN 1020- 4989

LÓPEZ CARDERO Lisandra. El control social en la familia. Santiago (105) 2004. <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14504305/845>

LÓPEZ Lucero, CATAÑO Nhora, , LÓPEZ Heddy, VELASQUEZ G Vilma F. Creencias en salud de una población afrocolombiana. Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. Diciembre, 2012, p 53-66

LÓPEZ William, PUENTES Jeimy, SOTO Beatriz. Necesidades en el contexto de familias afrocolombianas con ancianos Municipio Guapi-Cauca. 2009. P 1-169.

LOURO Isabel. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2003 29(1): 48-51. [En línea]. Consultado [10 de Marzo de 2014]. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es)>.

LUNA-BERNAL AC. Conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. Acta Colombiana de Psicología. 2012; 15(1); 75-81.

LUNA Estela. Talento humano para sistemas de salud basados en la APS: Perfiles, formación y competencias. [en línea] Consultado [29 de abril de 2014] Disponible en <<http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/congresosp6/memorias6/Viernes%2012/PONENCIA%20DRA%20LUNA.pdf>>

MAHLER, Halfdan. Reflexiones sobre la misión de la OMS. Discurso del director general. OMS. Ginebra, 1986.

MARIM Camila. SILVA Valter, TAMINATO Mônica, BARBOSA Dulce Aparecida. Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013. p 267-75 [en línea] Consultado [5 de mayo de 2014] Disponible en <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>

MARTÍ J. La investigación-acción participativa: estructura y fases. [en línea] Disponible en: <<http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/InvestigacionColaborativa.pdf>> Consultado [16/04/2014]

MARTÍN Amaro. Programa grupal psicosocial y psicoeducativo dirigido al cuidador principal del enfermo en fase temprana de la esquizofrenia. NURE Inv 2012 [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en

<[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE57\\_proyecto\\_esquizo.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE57_proyecto_esquizo.pdf)>

MARTÍNEZ J, GARCÍA M. Promoción de la salud. Unidad 1/ Epidemiología y promoción de la salud. Ediciones Paraino, 1a. ed. 2012.

MEDICINA FAMILIAR. [En línea]. Consultado [5 de marzo de 2014]. Disponible en <<http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/2008/12/funcionalidad-familiar.html>>

MONTEIRO Teófilo. Entornos saludables, un determinante para la calidad de vida. 2011. [en línea] Consultado [2 de Mayo de 2014] Disponible en <<http://es.slideshare.net/OPSColombia/entornos-saludables-un-determinante-para-la-calidad-de-vida>>

MOTTA N. Enfoque de género en el litoral pacífico colombiano: Nueva estrategia para el desarrollo. Cali: Universidad del Valle, 1995. 89 p.

NACIONES UNIDAS. Una sociedad para todas las edades: Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. 2002 [En línea]. Consultado [2 de septiembre de 2013]. Disponible en <<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>>

NUSSBAUM, Martha. Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades. Disponible en <[http://www.herdereditorial.com/section/2463/\\*\\*8/9](http://www.herdereditorial.com/section/2463/**8/9)>

OLIVEIRA DC, D'ELBOUX MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 set-out; 65(5): 829-38.

OMS. Informe sobre salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud, Más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. Consultado [20-01-2013] Disponible en <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)>

OMS. A mitad del camino hacia la salud para todos en el año 2000. Informes de diversos países. División de fortalecimiento de los servicios de salud, Organización Mundial de Salud, Ginebra, Suiza. 1991. Consultado [23-02-2013] Disponible en <<http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9243561324.pdf>>

OMS. Prüss-üstün, Corvalán. Ambientes saludables y prevención de enfermedades . hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente p 5. Consultado [20-02-2013]. Disponible en <[http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/previsexecsumsp.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previsexecsumsp.pdf)>

OMS. Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables a la salud. Sundsvall Suecia. 1991. Consultado [25-02-2014] Disponible en <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf)>

OMS. Promoción de la Salud: Glosario. 1998. [en línea] Consultado [23 de abril de 2014]. Disponible en: <[http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)>.

OMS. Declaración de México. Hacia una mayor equidad. México, 2000. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014].

OPS. Iniciativa regional de escuelas promotoras de salud. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en:  
<[http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/EPS\\_IUHPE.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/EPS_IUHPE.pdf)>

OPS. IV Encuentro nacional de la estrategia de entornos saludables. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en  
<[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1300:iv-encuentro-nacional-de-la-estrategia-de-entornos-saludables&catid=388&Itemid=460](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1300:iv-encuentro-nacional-de-la-estrategia-de-entornos-saludables&catid=388&Itemid=460)>

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable ¡Que viva nuestro hogar!. Cartilla educativa para la familia. 2011. Bogotá, Colombia. [en línea] Consultado [15 de diciembre de 2013] Disponible en  
<<http://www.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.html>>

OPS/OMS Colombia. Programa de Entornos Saludables y Desarrollo Territorial. [En línea] Consultado [21 de abril de 2014]. Disponible en:  
<[http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=486&Itemid=1](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=486&Itemid=1)>

OPS\_OMS. Documento de posición de OPS/OMS “Renovando la Atención Primaria en Salud APS en Las Américas”. 2005. [En línea] Consultado [21 de abril del 2014]. Disponible en:  
<[http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/14021/mod\\_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion\\_de\\_la\\_APS\\_1-16\\_.pdf](http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16_.pdf)>

OMS. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986. [En línea] Consultado [5 de mayo 2012]. Disponible en <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>>

OPS/OMS. Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. 2007. [En línea]. Consultado [16 agosto 2012]. Disponible en <[www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper\\_10-ago-05](http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05)>.

ORTIZ GÓMEZ, María T. LOURO BERNAL, Isabel. JIMÉNEZ CANGAS. Leonor, SILVA AYZAGUE, Luis. Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. En Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1999;15(2):151-6 [en línea] Disponible en <[bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_5\\_99/mgi07299](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi07299)> Consultado [3 de mayo-2014]

OSORNO María. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias de las madres comunitarias de los hogares de bienestar infantil de la comuna nueve de la zona sur oriental de la ciudad de Sincelejo durante los meses de febrero a junio, 2006 [Tesis para optar por el título de maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Cuidado y Práctica de Enfermería; 2007.

PALACIOS Agustina. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2008.

PARGA Javier. Atención Primaria en Salud, Valle del Cauca: esfuerzo de todos. Experiencias y retos. Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Gobernación del Valle del Cauca. 2011 [en línea] Consultado [25 de enero de 2014] Disponible en  
<[http://salud.univalle.edu.co/pdf/conferencia\\_enfermeria/avances\\_o\\_limitaciones.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/conferencia_enfermeria/avances_o_limitaciones.pdf)>

PÉREZ Rosa El programa de las familias, colección FEAPS. España. [en línea] Consultado [5 de mayo de 2014] Disponible en  
<[http://www.feaps.org/biblioteca/familias\\_ydi/capitulo3.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/familias_ydi/capitulo3.pdf)>

PNUD. Los afrocolombianos frente a los objetivos de desarrollo del milenio. PNUD. [en línea] Consultado [20 de noviembre de 2012] Disponible en  
<<http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=66140>>

PNUD. Objetivos del Milenio ¿Qué son los ODM? Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: La agenda global para superar la pobreza. [En línea]. Consultado [16 agosto 2012]. Disponible en: <<http://www.pnud.org.co>>

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo III. Características generales de los hogares y de la población. [en línea]. 2010 [Consultado 15 abril 2014]. Disponible en  
<[http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)>

PURNELL L, PAULANKA B. Transcultural health care: a culturally competent approach. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2003. P 376.

QUINTERO VELÁSQUEZ Ángela María. La mujer y sus derechos desde la función familiar Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 12, núm. 38, mayo-agosto, 2005, pp. 43-58, Universidad Autónoma del Estado de México.. Disponible en:  
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503802>>

RAMÍREZ MM. Funcionalidad familiar en adolescentes de preparatoria. [Tesis de maestría]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. 2004.

RAMÍREZ SERRANO Lucía. El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. (Un análisis etnográfico) Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Departamento de Psicología Social. 2007.

RAMOS Pilar, PASARÍN M. Isabel, ARTAZCOZ Lucía, DÍEZ Elia, JUÁREZ Olga, GONZÁLEZ Inmaculada. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. Gac Sanit. 2013 27(2): 104-110. [En línea]. Consultado [10 de marzo de 2014]. Disponible en

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112013000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000200002&lng=es)>

REALES L. Racismo y políticas públicas en Colombia. [en línea]. [Consultado 10 Noviembre de 2013]. Disponible en <[http://www.eipcifedhop.org/EIPColombia/2005/afro\\_colombiens/Racismo.pdf](http://www.eipcifedhop.org/EIPColombia/2005/afro_colombiens/Racismo.pdf)>.

RED Nacional de Mujeres Afrocolombianas “Kambiri”. Una ojeada a la mujer africana. [en línea]. [Consultado 5 mayo 2014]. Disponible en <<http://redmujerafro.tripod.com/id15.html>>. 10052014>

REY-GAMERO Andrea, ACOSTA-RAMÍREZ Naydú. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (25): 28-39, julio-diciembre de 2013. [En línea]. Consultado [16 de agosto 2013]. Disponible en <<http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=8015141a-e5b4-4206-8089-4df9d0f50388%40sessionmgr4003&vid=6&hid=4213>>

REYES Betti, CARRIÓN Walter. Intervención profesional en género y familia. Loja – Ecuador. 2011-2012.

SÁEZ, Antonio. Entornos saludables para el escolar. Reunión internacional de expertos. Consultado [15-02-2013] Disponible en <<http://www.saludescolar.net/paginas/doc/entornos.pdf>>

SALAS A. Guardiania del espíritu de un machi y sus sueños. Index Enferm. 2007. vol. 16 (57). [en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962007000200014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007000200014&lng=es)>

SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO. Plan de acción específico para entornos y comunidades saludables. Consultado [21-04-2014] Disponible en <[promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades\\_saludables.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf)>

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD BOGOTÁ D.C. “Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables” Plan de Desarrollo Distrital” Bogotá Humana 2012-2016. [En línea]. Consultado [21 de marzo de 2014]. Disponible en <<http://www.saludcapital.gov.co/Rendicin%20de%20Cuentas/Rendici%C3%B3n%20de%20Cuentas%202012/EJE%201%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20BOGOT%C3%81%20HUMANA.pdf>>

SHADISH William, COOK Thomas, CAMPBELL Donald. Experimental and Quasimental designs or Generalized Causal inerence. New York: Houghton Milin Company; 2002. P 1 -81. [en línea]. [Consultado 11 diciembre 2012]. Disponible en <<https://depts.washington.edu/methods/readings/Shadish.pdf>>

SHI L, STARFIELD B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50(2): 161.

SUELEN Tayssa, GUIMARÃES Jacileide. Interfaces del proceso de trabajo las enfermeras en estrategia de salud de familia. J Nurs UFPE online., Recife, 7(2):389-96, Feb., 2013.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Protección de la infancia y derechos civiles. [en línea]. [Consultado 15 abril 2014]. Disponible en <[http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgrep\\_adapt\\_part2c\\_sp.pdf0](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgrep_adapt_part2c_sp.pdf0)>

UPTC. Modelo de organización. [En línea]. Consultado [5 de marzo de 2014]. Disponible en <[http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2011/cong\\_enfermeria/memorias/confe\\_Centr/conf\\_mar\\_orga\\_sist\\_fried.pdf](http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2011/cong_enfermeria/memorias/confe_Centr/conf_mar_orga_sist_fried.pdf)>

URREA F. VIÁFARA C. Pobreza y grupos étnicos en Colombia: análisis de sus actores determinantes y lineamientos de políticas para su reducción. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad, DNP-BID. Grupo de Investigación CIDSE-IRD sobre estadísticas étnico-raciales; 2005.p. 128. [en línea]. [Consultado 25 Marzo 2014]. Disponible en <<https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/GRUPOS%20ETNICOS.pdf>>

VALENZUELA María, IBARRA Ana, ZUBAREW Támara, CORREA Loreto. Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: Rol de familia. Rev. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2013; 22(1-2). [en línea] Consultado [5 de mayo de 2014] Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/7942.php>>

VALLE R. Funcionalidad familiar de familias con niños preescolares estudiantes de colegios de Bogotá D.C 2011. Consultado [10 de mayo de 2014]. Disponible en: <[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/funcionalidad.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/funcionalidad.pdf)>

VALLE Ruth. Funcionalidad familiar de familias con niños preescolares estudiantes de colegios de Bogotá D.C. 2011. Revista Colombiana de Enfermería. 2012;(7)7:68-74.

VELASQUEZ G Vilma F, LÓPEZ Lucero, LÓPEZ Heddy , CATAÑO Nhora., Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez . Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 121 - 131

VILLALOBOS, Bertha. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con hijos en preescolar, matriculados en el colegio San Rafael, Bogotá 2008. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería con énfasis en salud familiar. Bogotá. 2009.

WALSH Julia, KENNET Warrent. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. New England Journal of Medicine.1979;301:967-974.