

Factores que condicionan los estilos de vida saludables en las familias

Factors that condition healthy lifestyles in families

Galán-González, Edna Fabiola ^{1,*}
Guarnizo-Tole, Mildred ^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0111-4603>
 <https://orcid.org/0000-0002-2112-311X>

¹ Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza, España. *ednagalan45@yahoo.es

² Programa de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores que condicionan la generación y modificación de los estilos de vida saludables en un grupo de familias que asisten a una institución prestadora de servicios de salud, en una ciudad de Colombia. *Metodología:* El diseño del estudio fue mixto, la muestra estuvo conformada por 119 participantes que diligenciaron el cuestionario denominado Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) o Perfil de los estilos de vida promotores de salud de Nola Pender, mientras que la saturación teórica del diseño cualitativo se alcanzó en la entrevista número 22. El estudio se catalogó de bajo riesgo. *Resultados:* El promedio de los estilos de vida saludables de las familias fue de 2,80 ($\pm 0,32$) clasificando su realización en “a veces” y “frecuentemente”. Entretanto que las categorías cualitativas interpretadas develaron la importancia que representa la continuidad de la vida en el grupo familiar, sumado a que es allí donde se elaboran y promueven conductas de diversa índole que favorecen o no el mantenimiento o alcance de la salud, y por ende de la vida. *Conclusión:* Los factores condicionantes provienen de diferentes fuentes, las cuales pueden ser internas o externas al contexto familiar, como también al significado elaborado por la familia en torno a este evento, y que hace que los comportamientos permanezcan, sean retirados o se transformen según las necesidades en salud que se tengan a nivel individual o en el grupo en pro de su prolongación.

Palabras clave: familia, promoción de la salud, conductas saludables.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors that condition the generation and change of healthy lifestyle in family groups that attend to an institution that provide health services in a Colombian city. *Methods:* It is a mixed design. The sample was formed by 119 participants that completed a questionnaire named Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II), or life style profiles providers of Nola Pender, while the theoretical saturation of the qualitative design was reached in the interview number 22. The study was cataloged in low risk. *Results:* The average of families' healthy lifestyles was of 2.80 ($\pm 0, 32$), whereas the qualitative categories analyzed made reference to the importance that represents the continuity of the family group due to role that it performs when promoting different behaviors that contribute to preserve health and as a result life. *Conclusion:* The factors that condition the healthy lifestyles come from different sources, which can be internal or external in relation to the family context, and the assumed and originated meaning by the family regarded to this topic, which make that the behaviors continue or transform according to the individual or collective health needs to contribute to its prolongation.

Keywords: family, health promotion, healthy behaviors.

Recibido: 19/09/2018;

Aceptado: 12/03/2019;

Publicado: 26/06/2019

1. Introducción

Los estilos de vida (EVS) son definidos como los comportamientos que tienen las personas, y que benefician o generan riesgos para su salud.¹ En este sentido, el recurso humano que proporciona la atención sanitaria debe fomentar la realización de prácticas saludables que incidan de forma positiva en el bienestar del grupo familiar. La evidencia describe que las personas son capaces de tomar decisiones sobre el cuidado de su propia salud y establecer este tipo de conductas desde temprana edad, sumado a que son los individuos más cercanos y significativos los que inician y facilitan su desarrollo.^{2,3} Los proceder es ejercidos por los padres son fuente de aprendizaje para los hijos, de ahí la importancia que desde las instituciones prestadoras del servicio de salud se desarrolle un trabajo de mutua cooperación con las familias, en respuesta a que los estilos de vida no saludables no solo afectan la calidad de vida de las personas, sino que amplían el uso de recursos físicos, humanos y económicos en la atención a las enfermedades e incluso incrementan la probabilidad de morir en sus integrantes.

Entre las conductas de riesgo más conocidas a nivel mundial se encuentran el consumo de tabaco, las dietas mal sanas, la inactividad física y el uso del alcohol. Cada año mueren cerca de 6 millones de personas entre fumadores activos y pasivos; se presentan 1,65 millones de muertes por causas de origen cardiovascular atribuidas a una ingesta elevada de sodio; la inactividad física contribuye a la pérdida de 69,3 millones de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y a 3,2 millones de defunciones; añadido a que el 5,9% de los fallecimientos se adjudican al consumo alcohol.⁴

Ante lo expresado, es fundamental instar a la familia en la ejecución de EVS e influenciar de forma positiva las dimensiones psicosociales y socioculturales que son consideradas predictivas para la adquisición de estos comportamientos. De acuerdo a lo nombrado, este estudio tuvo como objetivo analizar los factores que condicionan la generación y modificación de los EVS de las familias que asisten a una institución para la prestación de servicios de salud en una ciudad de Colombia.

2. Materiales y métodos

Diseño: mixto con igualdad de estatus (cuantitativo descriptivo transversal, el enfoque cualitativo está dado desde la Teoría Fundamentada en el marco de lo propuesto por Strauss y Corbin).⁵

Para garantizar el control de posibles factores que pudieran intervenir en la validez cuantitativa del estudio y de sus resultados, se efectuó el manejo de sesgos en el marco de lo planteado por Hernández-Avila et al,⁶ por lo tanto la validez interna fue controlada durante el proceso de selección de los participantes en el momento

de la medición del fenómeno abordado y en la calidad de la información manejada y emitida. La validez externa expuso la posibilidad de extrapolar estos hallazgos a grupos con características y contextos similares. Para la conservación del rigor metodológico en el enfoque cualitativo fueron implementados los criterios de Castillo y Vásquez,⁷ que hacen énfasis en la credibilidad, auditabilidad y transferibilidad de los hallazgos.

Población y muestra: el tipo de muestreo fue por conveniencia y estuvo constituido por 119 participantes que recibieron atención en una institución prestadora del servicio de salud de la ciudad de Villavicencio-Colombia, que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales hicieron referencia a manifestar de forma voluntaria querer participar en el estudio y ser mayor de edad (18 años).

En el diseño cuantitativo se implementó el instrumento denominado Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) o Perfil de los estilos de vida promotores de salud de Nola Pender, cuya consistencia interna es de 0,943. Esta escala agrupa 52 preguntas distribuidas en seis dimensiones (responsabilidad de la salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y tratamiento del estrés)^{2,3} El nivel de puntuación establecido en el instrumento fue el siguiente, 1 “Nunca”, 2 “A veces”, 3 “Frecuentemente” y 4 “Rutinariamente”; la medición general y por dimensiones se obtuvo a través del cálculo de los promedios.

Para el diseño cualitativo fue elaborada una guía orientadora de la entrevista, durante el diligenciamiento de escala HPLP II se identificaron los potenciales informantes clave en cada una de las familias, de forma posterior se les preguntó si era posible participar en una entrevista de tipo semiestructurada que se prescribió como un complemento del estudio. El muestreo teórico y la saturación de los datos se adquirieron en la entrevista número 22, que fue el momento en el cual no emergieron nuevas categorías y teoría. La recolección de datos fue de tipo concurrente y comprendió el período de tiempo de febrero - agosto de 2016.

Análisis de la información: los datos cuantitativos fueron procesados en el paquete estadístico (SPSS 25). Para determinar si existían asociaciones entre las variables se realizó comparación de medias con la prueba ANOVA de un factor, debido a que el tamaño muestral era superior a 30. A partir de esto, fue posible instaurar promedios en cada una de las dimensiones que estructuran la escala. Desde la teoría fundamentada se dio continuidad a lo manejado en este método y partiendo desde un proceso cognitivo de razonamiento inductivo se llevó a cabo el análisis de los datos en el software Nvivo 11, que buscó develar el significado que las familias participantes tenían alrededor de los factores que condicionan los estilos de vida saludables. Se implementó la comparación constante de los datos, códigos, categorías y su alcance conceptual para de

forma posterior desarrollar el proceso de codificación de los datos, que estuvo estructurado por tres fases, la I codificación abierta, II codificación axial y la III codificación selectiva que terminó por fundar conceptos teóricos alrededor del tema de la investigación. De forma posterior se formalizó la triangulación metodológica y de resultados, facilitando la detección de similitudes o divergencias en los hallazgos, en otras palabras, se descubrieron los patrones de comportamiento del fenómeno de estudio.

Consideraciones éticas: previa ejecución del estudio se consiguió la autorización del Comité de Bioética Institucional de la entidad de salud, siendo catalogado el estudio como de bajo riesgo según la Resolución 008430 de 1993.⁸ Se mantuvo la confidencialidad de los datos y la protección de la identidad de los participantes a través de la asignación de un código. Los recursos económicos y materiales para el desarrollo del estudio fueron otorgados en el marco de la Convocatoria Docente de Planta 02-P-2014. Código: 04-ESP-02-14. Universidad de los Llanos, Meta, Colombia.

3. Resultados

La caracterización sociodemográfica de las familias evidenció que el 78,2% de los informantes familiares eran mujeres, la edad promedio fue 42 años ($\pm 17,27$).

El 55,5% refirió tener unión marital de hecho o el vínculo matrimonial, el 26,9% eran separados y el 25% era soltero. El 55,5% cursaron la secundaria (completa o incompleta), el 25,1% estudiaron algún nivel o terminaron la educación primaria. El 43,7% trabajaba en ese momento y el 42,9% se dedicaba al hogar. El 74,8% tenía algún tipo de filiación religiosa (católica, cristiana o evangélica). Predominaron las familias en plataforma de lanzamiento 26,1%, con hijos adolescentes 23,5% y de edad media 15,1%. El 42,0% de las familias eran nucleares completas, 15,1% nucleares incompletas y el 14,3% extensas incompletas.

El análisis descriptivo global y por dimensiones realizado a la escala HPLP II, mostró con respecto a la práctica de los estilos de vida saludables en las familias un promedio total de $(2,8 \pm 0,32)$, clasificándola en “a veces” y “frecuentemente”. Los promedios más bajos se dieron en las dimensiones de actividad física y manejo del estrés, cuya frecuencia de ejecución predominó entre “nunca” y “a veces”. Los promedios más altos corresponden a las dimensiones de crecimiento espiritual y de relaciones interpersonales, con una realización de “frecuentemente”. Las dimensiones de nutrición y de responsabilidad en salud se situaron en una posición intermedia de “a veces” y “frecuentemente”. No hubo dimensiones con frecuencia de “rutinariamente” (tabla 1).

Tabla 1. Puntajes de los estilos de vida saludable practicados por las familias

Estilos de vida saludable	Mínimo – máximo general	Promedio general	Desviación estándar general
Crecimiento espiritual	1,8-4,0	3,39	0,47
Manejo del estrés	1,1-3,9	2,69	0,57
Actividad Física	1,0-3,9	1,97	0,65
Relaciones Interpersonales	1,4-4,0	3,07	0,47
Nutrición	1,8-3,9	2,73	0,45
Responsabilidad en salud	1,7-3,9	2,82	0,52

Fuente: Datos del estudio

Si bien se encontró una asociación estadísticamente entre la escolaridad y las conductas promotoras de salud $p= 0,056$, la escolaridad y las conductas nutricionales $p= 0,042$, no se detectaron otro tipo de relaciones entre variables.

El proceso de codificación de los datos cualitativos generó una serie de categorías que puntualizan como los estilos de vida de las familias interactúan permanentemente, e inciden de forma positiva o negativa en el estilo de vida de sus integrantes (tabla 2).

Tabla 2. Hallazgos teóricos relacionados con los factores que generan y modifican los EVS en las familias.

Categoría central	Categorías constitutivas	Códigos
La continuidad del grupo, un espacio de flexión familiar	Percepción de la salud	Biológica Psicológica Espiritual
	Promotores de los EVS	La mujer Los profesionales de la salud
	Comportamientos saludables	Comportamientos esenciales Barreras percibidas

Fuente: Datos del estudio

Como elemento representativo, se indica que las familias refirieron la importancia de tener comportamientos saludables para beneficio de su salud, pero ya en la cotidianidad se observó que esta necesidad sentida no siempre es llevada a la vida misma de las personas que integran este grupo.

3.1. La continuidad del grupo, un espacio de flexión familiar

Fue considerada la categoría central del estudio porque enmarca los aspectos ligados a la vida, independientemente del significado que se le otorgue a la salud, las familias buscan un espacio de mutua cooperación y de continuidad en el grupo. Son las personas más representativas las encargadas de iniciar, desarrollar y acompañar la promoción de los estilos de vida. Por otra parte, la cultura, las creencias e incluso los factores sociodemográficos que tenga el individuo están fuertemente ligados a la dinámica salud - enfermedad porque influyen de forma directa en el mantenimiento de la salud, o en la exposición a diferentes riesgos.

Categoría I. Percepción de la salud

Se encuentra conformada por la integración de la salud física, siendo esta la de mayor representatividad, seguida de la salud psicológica y espiritual. El dominante de esta categoría es la ausencia de la enfermedad, o de no presentar complicaciones de las enfermedades ya establecidas. Un adecuado estado de salud garantiza a la familia que sus integrantes continuarán siendo funcionales y productivos, para sí mismos y para los demás.

“Mi papá tiene diabetes, él se cuida mucho porque sabe que tiene una familia que debe sacar adelante”
01.02.03

Categoría II. Promotores de los estilos de vida saludables

Se destaca a la mujer como la proveedora y promotora de cuidado, este rol establecido al interior de la familia acrecienta la posibilidad de enseñar y realizar prácticas que pueden beneficiar la salud del grupo. Pese a que existe la asociación de la condición femenina con los procedimientos aprendidos por los integrantes de la familia, no significa que estos se lleguen a constituir en estilos de vida saludables. La condición profesional es personalizada por el recurso humano promotor de los EVS (enfermeras, médicos y nutricionistas) y fue percibida como parcial, pues se limita a la salud física y deja de lado aspectos recreativos, espirituales, psicosociales, entre otros catalogados como de amplia trascendencia.

*“Yo trato de enseñarle a mis hijos como mantenerse sanos, les explico por qué es importante conservar la salud”*11.01.05

“Cuando voy a la consulta el médico solo me dice que siento, me toma la tensión arterial y me pesa... de ahí nunca pasa” 09.03.08

Categoría III. Comportamientos saludables

Son calificados esenciales para la preservación de la salud y la prevención de enfermedad, en su mayoría están incorporados a la alimentación y a la ejecución de ejercicio. El mantenimiento de las condiciones del entorno físico de la vivienda es una maniobra efectuada para disminuir el riesgo de enfermar por causas asociadas con el entorno físico. Las barreras percibidas que no permiten desarrollar los EVS tienen estrecha relación con el escaso tiempo, la economía del hogar y la falta de interés propio.

“Todo es importante, yo lo sé, es vital ejercitarse, comer bien, dormir bien, incluso mantener la casa limpia y libre de impurezas” 07.012.09

3.2. La triangulación de los resultados

Las similitudes detectadas orientan al desarrollo de procesos de atención integrales en las familias que acceden a la prestación de algún servicio de salud. La promoción de los EVS debe contemplarse de forma exhaustiva, ya que no solo es la satisfacción de las necesidades físicas, sino la comprensión y abordaje de todas las dimensiones de la vida.

Desde los dos diseños es claro ver como el crecimiento espiritual, las relaciones interpersonales, la actividad física, la responsabilidad en salud, la nutrición, el manejo del estrés y la percepción de la salud, presentaron un patrón de comportamiento similar. Llama la atención, con respecto a la actividad física, que pese a que los relatos analizados mostraron el provecho que esta acción incorpora a la salud, es evidente que no se efectúa de forma constante.

La categoría encontrada en el análisis cualitativo y no contemplada en el método cuantitativo (porque el instrumento no la asume), hace mención a los promotores de los EVS, que para este estudio estuvo representado por la condición femenina y los profesionales responsables de la atención. No se encontraron divergencias entre los hallazgos, por el contrario se pudo conocer a profundidad los aspectos no observados en el HPLP II, que facilitaron un mayor entendimiento de la dinámica familiar en torno al cuidado de la salud.

4. Discusión

Son conocidos los beneficios de disfrutar de estilos saludables al interior de las familias, de allí la necesidad de proporcionar una atención integral por parte de las instituciones de salud que acrecienten la posibilidad de

fundar compromisos alrededor del desarrollo de las prácticas protectoras.⁹ Es indispensable la valoración de los factores cognitivo-perceptuales que viabilizan o impiden el empoderamiento de la salud por parte de estos grupos, de igual forma se deben contemplar los factores que hacen referencia a la procedencia demográfica, las características biológicas, las influencias interpersonales y las culturales, sumadas a las circunstancias del momento porque son predictivas para el establecimiento de los procedimientos que asume la familia.^{2,3}

El promedio obtenido por las familias sobre los EVS en este estudio fue similar al encontrado por Salamanca-Ramos ($2,5 \pm 0,09$), lo que expone como los EVS se dan de forma parcial en los diferentes contextos donde se desarrolla la vida.¹⁰ Para Pender,² el puntuar de esta manera, implica que solo en ocasiones y en ciertos áreas las familias ejercen un control efectivo sobre las alternativas que les permiten asumir EVS, es decir, que hay demandas del contexto externo que influyen y no se trabaja en cambiarlas, por lo cual, el “deber” de las personas para adoptar conductas se ve condicionado por la valoración anticipada que hacen sobre las barreras percibidas y sobre su propia realidad.

Con respecto a la baja frecuencia en la realización de actividad física, esta pudo corresponder a que la mayoría de los participantes están en edad productiva, trabajan y otros son mayores de 60 años y tienen patologías crónicas que limitan el desplazamiento. En este sentido, se debe estimular a constituir actividades de la vida diaria en pro de la ejercitación física desarrollada a diferentes niveles por parte de los integrantes de las familias.² Un estudio de Vidarte-Claros et al.¹¹ menciona que solo el 26% de la población efectúa el mínimo de actividad física recomendada.

Sobre la frecuencia de manejo del estrés en este grupo se observa una experiencia similar a otro estudio ($2,45 \pm 0,08$),¹⁰ bajo este tópico se intuye la capacidad de estructurar y modificar los recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir las tensiones de la vida diaria. Las familias buscan alivio, esperanza y un sentido de la vida, lo cual es consecuente con lo encontrado por otros autores^{12,13} teniendo en cuenta que se favorece el desarrollo humano a nivel interno y externo,² este hallazgo también es contrario a un estudio en el que la dimensión espiritual fue la menos aprobada ($2,97 \pm 0,07$).¹⁰ Las relaciones interpersonales que viven las familias son fuentes primarias de apoyo y receptoras de cuidado que facilitan la expresión de sentimientos y pensamientos.² Para Beltrán,¹⁴ las circunstancias positivas y de bienestar de las personas, favorecen su desempeño en áreas ajenas al contexto familiar como el colegio, el trabajo y otros, porque es allí donde se despliegan mecanismos de control ante las modificaciones biológicas y psicosociales que se viven.

La dimensión de nutrición coincide con lo expuesto por Salamanca-Ramos ($2,58 \pm 0,05$),¹⁰ pero es contraria a

lo descrito en el estudio de Jiang¹⁵ en el cual, este aspecto obtuvo el promedio más alto. Alrededor de la frecuencia de responsabilidad con la salud, tuvo un proceder equivalente a lo registrado en otros estudios,^{10,13,15} esta dimensión acata la búsqueda del bienestar propio, a un proceso continuo de aprendizaje y a la exploración activa de información en el que, el individuo explora cuándo acudir a las instituciones de salud para recibir ayuda profesional.²

Las barreras percibidas por las familias en torno a la generación y modificación de los EVS son proporcionales a las referidas por otros autores.^{16,17,18} En la atención dada a las familias existen espacios que deben ser reorganizados administrativamente porque pueden acrecentar la morbimortalidad del grupo; una de ellas es la promoción de los EVS en todos los miembros del grupo familiar,^{19,20} porque su ausencia pone en riesgo la vida de las personas,²¹ de ahí la importancia de abarcarlos desde todas las esferas del desarrollo humano.²²

Se evidenció que quienes más participaron de la enseñanza de las conductas promotoras de salud fueron las nutricionistas y los médicos. Otros autores^{21,23,24} relatan que los planes de estudio en profesiones como medicina y enfermería deben contribuir a que los conceptos teóricos impartidos a los estudiantes puedan ser llevados a la vida personal y profesional; y así impactar efectivamente en la salud de los sujetos de atención.

Dando continuidad al tópico anteriormente descrito, la evidencia contrasta esta postura con estudios pertenecientes a otros autores como Nacar,²³ que midió los comportamientos positivos en salud en estudiantes de medicina con el instrumento HPLP II y en el cual la puntuación global fue de ($2,5 \pm 0,4$) de práctica de EVS, siendo la realización de la actividad física la más baja ($2,0 \pm 0,5$). En tanto que un estudio realizado con estudiantes de enfermería evidenció el valor que representa el involucrar las conductas en salud al plan de estudios de esta disciplina porque el conocimiento transmitido, acrecienta la posibilidad de generar estilos de vida efectivos a largo plazo,²⁴ y por ende promueve la calidad del cuidado y la satisfacción de los usuarios²⁵.

Para Firmino et al.²⁶, es obligatorio repensar “los conceptos que fundamentan la práctica profesional”, porque pese a que los estudiantes de las ciencias de la salud ostentan un mayor nivel de conocimiento en el área, el estudio de Ibáñez P & Guarnizo-Tole indica que tener este tipo de ventaja no garantiza mejores condiciones de salud en estos profesionales.²⁷ De allí la imperante necesidad de que las instituciones y los proveedores de salud incentiven a la promoción de la salud, como estrategia de apoyo a las familias ante las dinámicas que viven en la sociedad actual.^{28,29,30}

Limitaciones del estudio: los hallazgos parten de la información suministrada por un único miembro y no por la familia en su totalidad.

5. Conclusiones

Los EVS se encuentran estrechamente relacionados con la autopercepción, representación y significados que las familias puedan tener con respecto a la salud, su carente puesta en marcha al interior de la vida cotidiana deja abierta brechas en torno a la necesidad de abarcar desde el sector salud aspectos de tipo psicosocial y cultural durante la atención dada, esto con el ánimo de comprender e intervenir de forma veraz las demandas en salud existentes.

La promoción de los EVS, y por ende la prevención de la enfermedad han de ser concebidos por cada individuo que integra una sociedad, como la oportunidad de tener una mejor calidad de vida propia y colectiva, ya que es sabido cómo las enfermedades en especial las de tipo crónico, tienen una estrecha relación con la ausencia de estas actuaciones en la vida de las personas.

Para este estudio, el rol que históricamente la mujer ha llevado a cabo como proveedora de cuidado y por ende promotora de los estilos de vida al interior de la familia, la convierte en un eje directo de intervención, puesto que es ella quien promueve e insta al resto del grupo a tener ciertos estilos de vida que pueden repercutir en la salud de las personas, sobre todo en aquellas que se encuentran con alguna condición de vulnerabilidad.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés para este estudio.

Bibliografía

1. Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles, el principal problema de salud en México. *Salud pública Méx.* 2013; 55(2):S347-S350. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800035&lng=es.
2. Sakraida TJ, Nola J, Pender. Modelo de promoción de la salud. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*, 7 ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 434-453
3. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 2011; 8(4):16-23.
4. Informe Sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles, World Health Organization (edición digital) 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf [acceso: 15/09/2018]
5. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia - traducción; 1998
6. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México.* 2000; 4(5): p. 438-446.
7. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia médica;* 2003; 34(3):164-167.
8. República de Colombia Ministerio de Salud, Resolución 008430 (edición digital) 1993. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf [acceso: 24/09/2017]
9. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Delgado Díaz Y, Acosta Acosta E. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud bucal. *Revista Cubana Estomatología (edición digital).* 2007; 44(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100008&lng=es
10. Salamanca-Ramos E. Estilos de vida promotores de salud en mujeres de los programas sociales de Villavicencio-Colombia. *ORINOQUIA, Universidad de los Llanos.* 2015; 19(2):213-219.
11. Vidarte-Claros JA, Vélez Álvarez C, Sandoval-Cuellar C, Alfonso-Mora ML. Actividad Física: estrategias de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2011; 16(1):202-218.
12. Riley TA, Lewis BM, Lewis MP, Fava JL. Low-income HIV infected women and the process of engaging in Healthy Behavior. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2008; 19(1):3-15.
13. Kim CJ, Park J, Kang SW. Health promoting lifestyles and cardiometabolic risk factors among international students in South Korea. *Collegian,* 2015; 22(2):215-223.
14. Beltrán Cabrejo A. Factores psicosociales y bienestar del trabajador en investigaciones realizadas en Colombia y España, durante el período 2002 – 2012. [Internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2014 [citado 11/09/2018]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8886/63526324-2014.pdf?sequence=2>
15. Jiang SS, Shen LP, Ruan HF, Li L, Gao LL, Wan LH. Family function and health behaviors of stroke survivors. *International Journal of Nursing Sciences,* 2014;(3):272-276.
16. González Rodríguez R, Cardentey García J. Funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico. *Revista Archivo Médico de Camagüey,* 2015; 19(6):599-607.
17. Ruíz MAV, García CC, Morales Navarrete RA, Martínez Hernández CM, Villarreal Reyna MA.

- Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *Eur. J. investig. health psychol. Educa*, 2014; 4(2):151-160.
18. Berdugo Silva NC, Ávila Chacón LD. Diagnóstico de los padres de familia de la Universidad Militar Nueva Granada en el marco de universidad saludable. *Sinapsis*, 2014; 6(6):256-277
 19. Martínez Martínez B, Torres Velázquez LE. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente. *Psicología y Salud*, 2007; 17(2):229-240.
 20. Vidal Gutiérrez D, Chamblas García I, Zavala Gutiérrez M, Müller Gilchrist R, Rodríguez Torres MC, Chávez Montecino A. determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 2014; 20(1):61-74.
 21. Bi J, Huang Y, Xiao Y, Cheng J, Li F, Wang T, Chen J, Wu L, Liu Y, Luo R, Zhao X. Association of lifestyle factors and suboptimal health status: a crosssectional study of Chinese students. *BMJ Open*, 2014;4:e005156, doi:10.1136/bmjopen-2014-005156
 22. Whetsell MV, Frederickson K, Aguilera P, Maya LJ. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichán*, 2005; 5(1):72-85.
 23. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, Bati H, Karaoglu N, Elmali F, Yilmaze G. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2014; 15(20):8969-8974
 24. Kara B. The efficacy of an educational intervention on health behaviors in a sample of Turkish female nursing students: A longitudinal, quasi-experimental study. *Nurse Education Today* 2015; 35(1):146–151.
 25. Carvajal Carrascal G, Laverde Contreras OL, Escobar Ramírez MC, Jaimes Carvajal N, Arroyo Marles LP. Ambiente de la práctica de enfermería y resultados del cuidado. *Index de Enfermería*, 2016; 25(1-2):14-17.
 26. Firmino Bezerra ST, Mesquina Lemos A, Costa de Sousa SM, De Lima Carvalho CM, Carvalho Fernandes AF, Santos Alves MD. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm. glob.* 2013; 12(32):260-269.
 27. Ibáñez EA, Guarnizo-Tole M. Comparación de prácticas en salud sexual y reproductiva entre estudiantes de ciencias de la salud y de ingeniería de una institución de educación superior en la ciudad de Bogotá, Colombia, 2008. *Rev Colomb Enferm [Internet]*. 2016 [consultado 16 de septiembre de 2018]; 13(11): 57-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1902>
 28. Ramos Frausto VM, Tello Pompa CA, De la Roca Chiapas JM. Estilo de vida saludable. Un enfoque desde la familia suburbana en el estado de Guanajuato. México. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería* 2014; 4(1):36-44.
 29. Mejía-López J, Gómez-Peñaloza SA. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Rev. Salud Pública*. 2017; 19(3): 291-296.
 30. Díaz-Perera CA, Díaz-Perera Fernández G, Bacallao Gallestey J, Ramírez Ramírez H, Alemañy Pérez E. Factores sociales de estilos de vida de adolescentes de un consultorio Médico de Familia de la Atención Primaria de Salud. *Revista cubana de Ciencias Médicas*. 2017; 16 (3): 454-458.