

La dinámica familiar y el fomento de la salud bucal en poblaciones desplazadas y destechadas

Andrés Alonso Agudelo,¹ Diana Carolina Zapata,² Eliana Martínez,³ Liliana María Gómez²
Diana María Camargo,² Jean Carlo David Vanegas,² Cristian Camilo Río,² Felipe Andrés Cuartas²

Resumen

Introducción y Objetivo: Caracterizar la dinámica familiar en los habitantes del asentamiento “Altos de Oriente” del municipio de Bello (Antioquia) y su relación con la promoción de la salud bucal, desde la percepción de los jefes de hogar. **Materiales y Métodos:** Estudio exploratorio y descriptivo, mediante la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas como el APGAR familiar, instrumento validado y aplicado en 54 jefes de hogar y 10 entrevistas a profundidad e historias de vida. Se realizó un análisis mixto, con medidas de tendencia central y análisis de contenido por categorías y códigos principales y emergentes. **Resultados:** Un alto porcentaje de familias están constituidas por uniones religiosas (64.8%), de carácter nuclear (53.7%). Frente al APGAR, el 59.3% de las familias son funcionales. Sin embargo, este porcentaje se afecta por el soporte de amigos, el cual es menor. En cuanto al análisis cualitativo, los jefes de hogar perciben al desplazamiento como un factor protector para la cohesión familiar frente a circunstancias adversas, reconocen la importancia de la salud bucal en el contexto de la salud general, influenciada por factores sociales y económicos entre otros. **Conclusiones:** La promoción de la salud bucal y las políticas de participación social, constituyen una alternativa para las comunidades en condiciones de desplazamiento, pues este, como fenómeno de impacto social y político que afecta la vida cotidiana de las comunidades lograría en el largo plazo, el mejoramiento de las condiciones de vida y su desarrollo en un entorno social favorable. **Palabras clave:** Promoción de la salud bucal, desplazamiento forzado, APGAR, familia.

Familiar dynamic and oral health promotion in displaced and homeless population

Abstract

Introduction and Objective: To characterize the family dynamics of the community of “Altos de oriente” located in the municipality of Bello (Antioquia), and their with oral health promotion, viewed from the perspective of heads of family. **Materials and Methods:** A descriptive and exploratory study was carried out with quantitative and qualitative techniques, such as the APGAR, which was validated with 54 heads of family and complemented with 10 interviews and life stories. A mixed analysis was carried out with median trend measurements and content analysis by categories, main and emerging codes **Results:** A high percentage of those studied consisted of nuclear type families (53.7%) constituted by a religious union (64.8%). According to APGAR, 59.3% of families were functional. However, this percentage is affected by support of friends which is lower. Qualitative analysis showed that heads of family perceived displacement as a protection factor which favors family cohesion in adverse circumstances; they also recognize the importance of oral health in the general health context, which is influenced by social and economic factors. **Conclusions:** Oral health promotion and social participation policies constitute an alternative for displaced communities that can affect their daily life and in the long term improve their living conditions in a favourable social environment. **Key words:** Oral health promotion, forced displacement, APGAR, family.

Introducción

Colombia, como país en vía de desarrollo viene manifestando una transición social y epidemiológica importante, similar a otros países de Latinoamérica, por tener patrones de morbilidad y mortalidad, en enfermedades de carácter crónico y degenerativo propias de países de desarrollo y otras que

están relacionadas directamente con las condiciones de vida.^{1,2} Existen algunos informes e investigaciones que hablan de problemas socioeconómicos que tienen relación con la salud como la pobreza, el desempleo, la violencia y el desplazamiento forzado.^{3,4}

1. Odontólogo UdeA. Especialista en Administración de Servicios

2. Estudiantes X semestre Facultad de Odontología UdeA

3. Odontóloga. Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Mg en Epidemiología CES. Profesora Facultad Nacional de Salud Pública UdeA

En este ámbito se hace necesario buscar alternativas que promuevan en los individuos, y en sus grupos sociales, el mejoramiento de estas condiciones. La participación social y el empoderamiento son alternativas viables que tienen cabida en diferentes espacios.^{5,6} Uno de ellos lo constituye la familia, que puede definirse como un grupo de personas, conformado por diversas formas de unión religiosa, civil y/o libre, el parentesco o la adopción de nuevos miembros al grupo base familiar.⁷

En la actualidad puede ser considerada como un sistema,⁸ múltiple en el sentido de que debe ser analizada desde factores macro, micro y mesoestructurales, desde su propia dinámica y en la relación con otros grupos y con los sistemas sociales, educativos, económicos, entre otros. Esta ha tenido variaciones desde el número y el tipo de miembros que la conforman en espacios e intereses; y de acuerdo a las sociedades y la época histórica en la cual están insertas. En algunas épocas, las familias eran de mayor número de miembros, pero en algunas sociedades, ésta ha ido disminuyendo de acuerdo a características como el control de la natalidad y el control de la explosión demográfica.¹¹

La familia presenta diferentes tipologías y clasificaciones; una de ellas la propone la investigadora Patricia Villa; en la cual se consideran cinco categorías, la nuclear, la de un solo progenitor, la extensa, la superpuesta y la mixta.⁹ Así mismo, se les atribuyen funciones,¹⁰ como las religiosas, las protectivas, las económicas, las funciones educativas, la reproductiva y la de control, en las que factores como la raza y los aspectos culturales generan encuentros y desencuentros en los procesos de consolidación y maduración de las familias.

Como punto de encuentro vinculante con el mundo se pueden mencionar dos elementos de interés para la promoción de la salud en la familia: la primera es la socialización primaria de los niños, para que ellos puedan llegar a ser verdaderos miembros de la sociedad; la segunda es la estabilización de las personalidades de la población adulta.¹² Siendo, entonces considerada como un sistema donde interactúan sus integrantes y se establecen ciertos roles y competencias, ésta juega un papel de importancia como un espacio certero para fomentar la salud en las esferas de la vida cotidiana.¹² Los estudios demuestran que los programas de educación en salud bucal realizados a través de charlas y conferencias motivacionales, cartillas y ayudas audiovisuales, entre otras, reducen la incidencia de caries en la familia, gracias a la interacción entre el jefe de hogar y el hijo.¹³

Teniendo en cuenta la importancia del abordaje de esta temática en el contexto actual de Colombia, se desarrolló un proyecto de investigación e intervención, que parte de la relación academia - comunidad; hasta el momento, las investigaciones publicadas sobre promoción de la salud en grupos vulnerables son limitadas; más aún cuando involucran el componente salud bucal; y no especifican condiciones particulares que son necesarias para comprender los procesos sociales que se presentan al interior de grupos específicos.

El objetivo del presente estudio fue caracterizar la dinámica familiar en los habitantes del asentamiento "Altos de Oriente" del municipio de Bello (Antioquia) y su relación con la promoción de la salud bucal, desde la percepción de los jefes de hogar.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, con la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas en el asentamiento "Altos de Oriente" del municipio de Bello, en el departamento de Antioquia (Colombia). La población de estudio desplazada y destechada fueron 622 personas correspondientes a 148 familias.¹⁴

En una primera fase y por muestreo por conveniencia y captación de personas, mediante concertación previa con los líderes de la comunidad, se aplicó el instrumento de caracterización familiar, con preguntas acerca de la tipología familiar, y el APGAR, con el fin de conocer la funcionalidad familiar, creado por el Dr. Smilkstein (1978), como un instrumento para ser utilizado en diferentes contextos sociales, culturales y económicos. El APGAR clasifica la funcionalidad en leve, moderada y severa dependiendo del puntaje logrado en la suma cada uno de los ítems evaluados. Para el presente estudio se seguirán los parámetros acordados por Arias L y Herrera J (1996), y en las establecidas en la guía para práctica clínica basadas en la evidencia de la ASCOFAME y el ISS, más dos ítems nuevos relacionados con el soporte de amigos sugeridos en las mismas.^{15,16}

En una segunda fase, de carácter cualitativo, se realizaron 5 entrevistas y 5 historias de vida en jefes de hogar, con el fin de conocer algunas características propias de la familia, se utilizó un modelo de guión de carácter semiestructurado y abierto, adaptado culturalmente y probado por prueba piloto. Dichas entrevistas fueron grabadas y transcritas. Los investigadores

complementaron la información con la observación de campo de las características propias del asentamiento, la comunidad, y las familias visitadas.¹⁷

Para el caso del componente cuantitativo, se procesó la información en Excel versión 2.0 y SPSS versión 11.5 (SPSS Inc., Chicago IL) y se presentaron los resultados en frecuencias absolutas y relativas, y en el caso de la información cualitativa, se elaboró un análisis inicial descriptivo, por medio de categorías que reflejaran aspectos relacionados con la caracterización familiar y su relación con el desplazamiento, el concepto de salud y salud bucal, conocimientos y prácticas en salud y la importancia y valoración de la salud bucal en el contexto de la salud general. Por último, se realizó triangulación de la información; con el fin de conocer los puntos de acuerdo y divergencia en los resultados encontrados por las diferentes fuentes de información, y los actores participantes.^{18,19}

Para el presente estudio dieron su asentimiento ético, los líderes de la comunidad, a los que se les garantizó la confidencialidad y manejo de la información, así como el respeto a la dignidad y la condición de desplazado y/o destechado.

Resultados

Caracterización de las familias

En cuanto a las condiciones basales del estudio, se encuestaron 54 jefes de hogar, el 55.6% de sexo masculino y el 44.4% de sexo femenino, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 74 años, media de edad de 42.1 años (±13.7). En su mayoría las familias estaban constituidas mediante unión libre y la unión religiosa en un 64.8% (Gráfico 1). Teniendo en cuenta la tipología familiar, mas de la mitad son de carácter nuclear, y una quinta parte son monoparentales (un solo progenitor), conformando el 75.5% (Gráfico 2)

Gráfico 1. Estado civil jefes de hogar. Asentamiento Altos de Oriente, 2006.

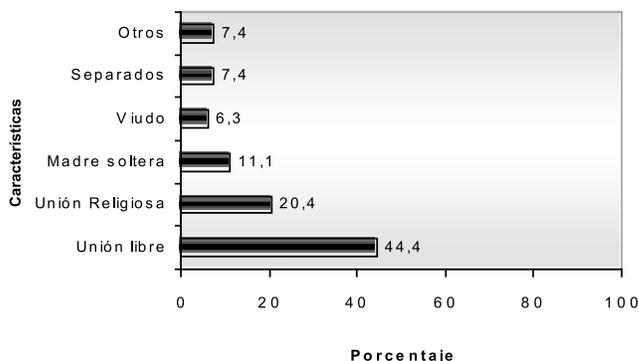
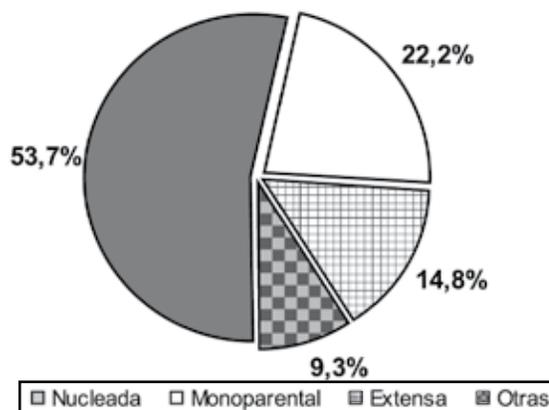


Gráfico 2. Tipología familiar. Asentamiento Altos de Oriente, 2006.

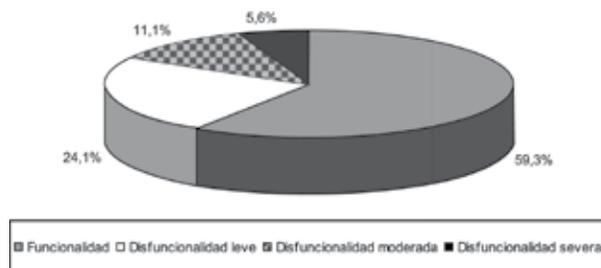


Con respecto a los componentes del APGAR familiar, en cada uno de ellos se observaron frecuencias relativas altas hacia puntajes positivos (siempre) (tabla 1), y en cuanto a la funcionalidad familiar, puede observarse un 59.3% de las familias con funcionalidad (Gráfico 3)

Tabla 1. Componentes Apgar familiar. Asentamiento altos de oriente, 2006.

Componente/ Satisfacción	Adaptación		Participación		Ganancia o crecimiento		Afecto		Recursos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nunca	1	1,9	2	3,7	5	9,3	2	3,7	2	3,7
Casi nunca	1	1,9	2	3,7	4	7,4	3	5,6	3	5,6
Algunas veces	6	11,1	4	7,4	2	3,7	4	7,4	8	14,8
Casi siempre	6	11,1	6	11,1	8	14,8	8	14,8	9	16,7
Siempre	40	74,1	40	74,1	35	64,8	37	68,5	32	59,3
Total	54	100,0	54	100,0	54	100,0	54	100,0	54	100,0

Gráfico 3. Funcionalidad familiar. Asentamiento Altos de Oriente, 2006.



Teniendo en cuenta el soporte de amigos, aunque la mayoría está satisfecho con la ayuda que reciben, existe un porcentaje representativo que en alguna medida no lo está. Un 27.8% no está satisfecho con el soporte, y un 35.5% no los buscarían en caso de necesitar ayuda. (Tabla 2)

Tabla 2. Descripción por componentes. Soporte de amigos. Asentamiento Altos de Oriente, 2006.

Característica	¿Está satisfecho con el soporte que recibe de sus amigos?		¿Tiene usted algún (a) amigo (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	16,7	13	24,1
Casi Nunca	6	11,1	6	11,1
Algunas veces	7	13,0	12	22,2
Siempre	12	22,2	6	11,1
Casi siempre	20	37,0	17	31,5
Total	54	100,0	54	100,0

Análisis cualitativo

Los hallazgos encontrados a través del discurso de los jefes de hogar y las observaciones de campo realizadas por el grupo investigador, permitieron establecer varias categorías de importancia en el contexto.

La dinámica familiar y su relación con el fenómeno del desplazamiento

El desplazamiento en Colombia afecta a las personas más vulnerables, aquellas que se encuentran viviendo en fincas y pueblos con sus familias. Abandonar todo y huir es la única opción y llegar a las grandes ciudades, enfrentar las carencias sociales y estatales

que transforman la visión y la proyección de la familia y así mismo el bienestar de sus hijos lo que significa una prioridad. Su dinámica familiar cambia, cada miembro tiene un rol diferente, cada uno cuidando del otro, sobre todo aquellos que son más pequeños. El círculo familiar no se desvincula a pesar de los conflictos que cada individuo tiene por la experiencia vivida, solo están ellos y sus esfuerzos por salir adelante.

“Yo tuve como ese conocimiento que los hijos no se dejan solos, que uno primero conoció los hijos y hay que luchar por ellos como sea” (Entrevista 3)

El concepto de salud y salud bucal en los adultos significativos

El concepto de la salud está relacionado con el desarrollo familiar, su estado de salud física determina la posibilidad de buscar día a día un sostenimiento para suplir sus necesidades básicas, obtener trabajo, seguir con sus estudios. Lo importante no es mantener la salud diariamente, es controlar la enfermedad cuando está presente con los conocimientos que adquirieron de personas cercanas. Se vincula el aseo con el significado de salud, con la ausencia de enfermedad, esto a partir de las costumbres. Por otro lado, se identifican los factores de riesgo para enfermedades tanto del contexto de la salud bucal como de la salud en general. El significado en si no es cambiado por el desplazamiento.

“Para mí la salud será lo mejor que tengo porque si yo estoy aliviada yo puedo conseguir muchas cosas, pero yo enferma ¿qué soy? Por eso la salud para mí será lo mejor que uno tiene.” (Entrevista 3)

“Sobre el aseo, sobre la salud, prácticamente la diferencia que había allá con la de aquí para mí sería la misma, la salud uno se ha acostumbrado toda la vida a cuidársela, que uno tiene por decir algo una fiebre o algún malestar pues uno brega lo más posible a cuidarse (...) sobre la odontología, pues sí, ahí siempre lo mismo, se ha cuidado uno, hasta ahora no nos ha faltado la forma de cuidarnos la salud. (Entrevista 2)

Conocimientos y prácticas en salud bucal

Según sus conocimientos tradicionales, tratan a su manera de asumir los retos saludables que se presenten, con autocuidados aprendidos desde la infancia, que se corresponden a su difícil situación pero que no los desvincula de sus representaciones de

bienestar. Reconocen la boca como una estructura vital para las funciones básicas del individuo, y se vincula la higiene bucal en las prácticas cotidianas de higiene personal, que se transmite por los adultos significativos, pese a las dificultades propias.

“Así sea con una cabuyita de costal pero que se pase eso en los dientes y que se mantenga cepillándose, seguidito.” (Entrevista 3)

“Mi niño se está bañando, desayuna, él mismo se cepilla, se coloca el uniforme y voy y lo llevo para el bus del colegio... sobre todo eso viene de un ejemplo, yo desde niña mi madre me enseñó a ser muy aseada, mi madre me enseñó a cepillarme, a ser bien aseada, por muy pobres que fuéramos, esa enseñanza se la hice a mis hijos” (Entrevista 5)

La importancia de la salud bucal en el contexto de la salud general

La importancia de la salud bucal es prioritaria por la existencia de un dolor insoportable, no por las consecuencias que esto trae a nivel general del componente bucal. Perciben que la atención adecuada de los pacientes por parte del profesional evitará su deterioro. Sin embargo en algunos discursos encontrados, los patrones de estética y belleza, son importantes e influyentes en la opinión de los adultos pese a sus prioridades fundamentales sociales, económicas y políticas y sus expectativas previas.

“Demasiada porque yo creo que en el rostro está reflejada esa sonrisa linda y esos dientes bonitos y que de todas maneras por la boca entran todas las enfermedades” (Entrevista 5)

Otro elemento a considerar es la identificación de actores generales, a pesar de que son ellos los que se ubican en zonas con altos riesgos medio ambientales, son conscientes de la incidencia de la salud física mental y social de éstos; en este sentido se reconocen algunos determinantes sociales. Pero así mismo, al proceso de identificación causal, se plantean soluciones concretas a problemáticas específicas de la comunidad.

Las epidemias las tenemos nosotros mismos, lo especial es que prácticamente el alcantarillado, los pozos sépticos son muy cerca de las casas, no son tapaditos, no son organizaditos, entonces esos malos olores, esas malas cosas, esas son epidemias que cogemos la gente y las enfermedades que se producen de ahí... *“como*

sea luchar por el alcantarillado o si hay que hacer el pocito séptico, hacerlo retiradito, de unos 3-4 metros de profundidad, tapadito, bien organizadito para que nos libremos de esas epidemias” (Entrevista 2)

Acceso a servicios de salud bucal para la familia

La imposibilidad de los desplazados de tener acceso a sistemas de seguridad social y de salud, está marcada por su falta de empleos y oportunidades, se suma el desconocimiento propio o ajeno sobre los derechos y regímenes especiales que deben ser atendidos por instituciones encargadas y responsables para auxiliarlos y orientarlos. El olvido por parte del gobierno, organizaciones de cada departamento, y hasta de los mismos ciudadanos, evita que estas personas logren mejorar su situación actual.

Se evidencian marcadas barreras para el acceso a los servicios que va determinada por la lejanía del asentamiento al lugar de atención (accesibilidad geográfica), ausencia de adecuadas vías de acceso a la zona, irregularidad en el transporte y dificultades en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, se evidencian experiencias subjetivas con respecto al sitio de referencia, en esto intervienen factores desde el lugar de vivienda inicial.

“Menos beneficios para la salud, porque dígame usted a medianoche para salir de acá bien enfermo, es muy difícil, ahí se tiene que morir uno hasta que amanezca” (Entrevista 1)

Discusión

La dinámica familiar goza de un importante interés y es objeto de permanente estudio en las agendas de los países americanos de cara a las funciones esenciales de la salud pública que en el 2000 fueran revisadas por la Organización Panamericana de la Salud.²⁰ Entendida desde las condiciones de vida, facilita y favorece las acciones encaminadas por los pueblos para alcanzar la promoción de la salud, sin embargo, insertar la salud bucal en la cotidianidad de las decisiones políticas; se constituiría en un espacio de socialización importante y de inicio para acercarse al complejo componente del proceso salud enfermedad.²¹

Este estudio es una descripción inicial sobre algunas consideraciones para la realización de estrategias educativas y de participación de los jefes de hogar asumiendo su rol en la socialización a otros miembros

y actores. Las limitaciones del estudio se establecen principalmente por el tipo de muestra y el tipo de estudio, puesto que es un contacto inicial con la población en materia de salud bucal, los resultados deben analizarse, como un marco de referencia para estudios posteriores, que incluyan componentes analíticos tanto en la parte cuantitativa como en la cualitativa.

De los resultados encontrados, la mayoría de las familias son nucleares, con uniones familiares estables y con una cohesión y dinámica aceptables, esto puede explicarse porque el desplazamiento actúa como un factor que permite que ante circunstancias adversas, haya cohesión como un camino seguro y como un mecanismo de respuesta ante la pobreza y en varios de los discursos analizados en las historias de vida, son los jefes de hogar quienes han manifestado como el proceso de adaptación se da por las nuevas circunstancias en que la población receptora subsume nuevas acciones vinculantes de tejido social aún no definido, en otras palabras, la dinámica familiar se subyace a la supervivencia inmediata de familias emergentes y cohesionadas por un mismo fin, el abrigo, el alimento y la vida del día a día. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela, máxime cuando no existen referentes de comparación.²²

La dinámica y la funcionalidad familiar son difíciles de evaluar, y va en concordancia con otros estudios encontrados en poblaciones urbanas,²³ para el caso del municipio de Bello y los límites con la ciudad de Medellín; pareciera que los límites urbanos y rurales fueran difusos. Los asentamientos obligan a redefinir para las zonas periféricas responsabilidades estatales para los nuevos habitantes y sus múltiples relaciones con la comunidad para efectos de la supervivencia. Entonces, la dinámica que se establece en el desplazamiento altera el desarrollo mismo de la vida y sus relaciones sociales, las identidades territoriales patrimoniales y culturales.^{24,25}

Entender la promoción de la salud en la población desplazada y destechada desde un enfoque familiar, exige la comprensión a múltiples niveles de la situación social, ambiental y cultural y su relación con el contexto propio.²³ No obstante, es importante el análisis integral de la situación de salud de la familia y los determinantes, para el caso de la salud bucal. Dentro de la tríada ecológica propuesta por Rodríguez y col (2001), la familia constituye parte esencial del medio ambiente, donde el agente encuentra condiciones favorables o

desfavorables a su acción, ante lo cual el huésped se halla protegido o desprotegido, según el apoyo familiar. La familia es en sí misma una tríada ecológica, aún hoy en parte desconocida, y por lo tanto, con problemas de manejo por parte del estomatólogo.²⁶ Claro está que es una sola aproximación, el análisis debe entenderse desde otras ópticas más cualitativas.

Desde los discursos de los participantes de esta investigación, el proceso salud enfermedad se establece como un constructo social, que tiene varias acepciones; para los jefes de hogar y en consonancia con la literatura, se presenta como una construcción de valores propios relacionados con la cultura, con las tradiciones propias y con el sistema social heredado de sus padres y que se transmiten a los hijos.²⁷ Se demuestra por lo tanto, la influencia de los padres y/o adultos en los significados de la salud y el cuidado de los hijos, esto tiene lugar en diferentes contextos sociales.^{28,29} Así mismo, en consonancia con la literatura, las estrategias en promoción y prevención basadas en la familia pueden constituirse como elementos necesarios para reducir las disparidades en salud bucal en los niños,³⁰ sobre todo en escenarios donde la situación social encontrada, determina la búsqueda de soluciones a múltiples niveles desde la comunidad hasta el replanteamiento de las políticas estatales.

La generación de propuestas participativas que se aproximen a acciones incluyentes de las comunidades neo formadas cobra importancia puesto que conducen a constituir otros esquemas de investigación, trazadores de la realidad social, producto de la pobreza, la inequidad y falta de oportunidad para el complejo salud enfermedad. La investigación acción, ha demostrado ser una herramienta permeada por la educación de las instituciones formadoras de recurso humano en salud bucal y el aprendizaje en las comunidades con so pena que de ello emanaría la comunicación participativa como elemento de interacción entre las personas, para la elaboración de propuestas por consenso y acordes a las necesidades expresadas en la comunidad.³¹

Finalmente, en América Latina el panorama para construir una sociedad mas equitativa no es fácil, influyen en él características que afectan el logro del bienestar por lo que ahondar en los análisis de la cohesión social, la promoción de la salud bucal y las políticas de participación social, se constituyen en una alternativa acertada para las comunidades en condiciones de desplazamiento, pues este, como

fenómeno de impacto social y político que afecta la vida cotidiana de las comunidades lograría en el largo plazo, el mejoramiento de las condiciones de vida y su desarrollo en un entorno social favorable, lo cual quiere decir que, a través de las familias se tiene la oportunidad de confluir en espacios permanentes de supervivencia, en donde, la salud, en su dimensión integral e innovadora, permitiría el desarrollo social a través de programas y proyectos sociales de gestión.

Agradecimientos

Los autores hacen un reconocimiento muy especial a los habitantes del asentamiento "Altos de Oriente" por permitir conocer en el contexto actual del país, una situación importante que provee sensibilidad en la formación del recurso humano para Latinoamérica.

Referencias

1. Mayorga C. Tendencia de la mortalidad y sus determinantes como parte de la transición epidemiológica. *Revista gerencia y políticas de salud*. 2004; 3 (7): 62-76.
2. Frenk J, Freijka T, Bobadilla J et al. La Transición Epidemiológica en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 1991; 111 (6): 485-496.
3. Garfield R, Llanten Morales CP. The public health context of violence in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(4):266-71.
4. Organización Panamericana de la Salud- Universidad de Antioquia. Serie salud y desplazamiento, Módulo 1: Comparación de la situación de salud, entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades. 2002-2003. Medellín: OPS/U de A; 2005.
5. Wallerstein N. Powerless, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *Am J. of Health Promotion*. 1992: 6(3).
6. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. [En línea] [Acceso: Febrero 1 de 2006] disponible en:
7. Jáuregui C, Suárez P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque en salud familiar. Bogotá. Médica Panamericana; 2004.
8. Gaviria M, Giraldo C, Salinas M, Wiedemann J, León R. Comportamientos psicosociales y trastornos deficitarios en niños y niñas de 3 a 11 años de la ciudad de Medellín, 2001. Abordaje cuantitativo. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2001.
9. Giraldo C, Morales LF, Gushiken A, Cano A y Herrera C. Funcionalidad en los hogares comunitarios de Itagüí. *Pediatría*. 2002; 35(2): 160-167.
10. Herrera, PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1997; 13(6): 591-595
11. Ramos GP. Sociología de la familia. España: Sígueme; 1988.
12. López V. Marco Conceptual de Educación para la Salud. En: *Salud Pública y Educación para la salud*. Barcelona: Masson; 2000 p 341-344.
13. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. *J Am Dent Assoc*. 2004 Jun; 135 :731-8
14. Martínez LA, Burbano SN y Restrepo C. Análisis de Situación de Salud de la Población del Asentamiento Altos de Oriente del Municipio de Bello, 2004. [Trabajo de Grado: Gerencia en Sistemas de Información en Salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2005
15. Arias L, Montero J, Castellanos J. Fundamentos y principios de medicina familiar. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.
16. Molina J, Arias L, Duarte A, Ruiz CE, Barceló R. Salud Familiar. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Instituto de Seguros Sociales. [En línea: Internet] <http://www.ascofame.org.co/guiasmbe/salufam.pdf> [Fecha de acceso: Abril de 2005]
17. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1996.
18. Galeano M. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín; Fondo Editorial Eafit: 2004.
19. Sandoval, C. Investigación cualitativa. Bogotá; ICES-ACUIP, 1996.
20. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD42.R14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42º Consejo Directivo de OPS. Washington DC, 25-29 de Septiembre, 2000.
21. Agudelo AA, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM. Morbilidad bucal percibida y características sociales en la población desplazada y destechada de un asentamiento del municipio de Bello (Antioquia), 2005. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2006; 18 (1): 36-46.

22. Gómez Buendía H. Pacto Colectivo y Gobernabilidad de la Ciudad Colombiana. *Revista Foro. Territorio, Ciudad y Democracia* 1994; 25: 42-52
23. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza- Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*.2006; 8 (1) 27-32
24. Mogollón A, Vásquez ML y García M. Necesidades de atención en salud en la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 257-266.
25. Mogollón A, Vásquez ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit.* 2006; 20 (4): 260-265
26. Rodríguez A, Valiente C, Tan N. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. *Rev Cubana Estomatol.* 2001; 38 (3): 165-169.
27. Hilas E, Tessio Conca, A, et al. Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas1. *Rev Cubana Estomatol,* 2004; 41 (3), [disponible online]
28. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc,* 2005;136(3):364-72
29. Broder H, Reisine S, Johnson R. Role of african-american fathers in child-rearing and oral health practices in an inner city environment--a brief communication. *J Public Health Dent.* 2006; 66(2):138-43
30. Mouradian WE, Schaad DC, Kim S, Leggott PJ, Domoto PS, Maier R, Stevens NG, Koday M. Addressing disparities in children's oral health: a dental-medical partnership to train family practice residents. *J Dent Educ.* 2003; 67(8):886-95.
31. Cárdenas C, Fernández O. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21(1-2): [disponible online]

Correspondencia:

agudeloandres@odontologia.udea.edu.co

Recibido para publicación: Julio de 2007

Aprobado para publicación: Noviembre de 2007

