

# Percepción de felicidad relacionada con la familia a lo largo de la vida en Bogotá, Colombia

## Perception of happiness associated to family life in Bogotá- Colombia

Juan C. González-Quiñones, Guillermo Restrepo-Chavarriaga,  
Jenny A. Pinzón-Ramírez, María A. Mejía de Díaz y Camilo Ayala-Méndez

Recibido 5 junio 2018 / Enviado para modificación 14 noviembre 2018 / Aceptado 16 febrero 2019

### RESUMEN

**Objetivo** Demostrar la relación entre felicidad y funcionalidad familiar con el fin de promover las relaciones familiares y, con ello, la salud biopsicosocial.

**Materiales y Métodos** Estudio descriptivo transversal. A lo largo de tres años se aplicó un cuestionario a 8885 personas de Bogotá, escogidas por conveniencia. Se dividió la población entre los que afirmaron estar felices y quienes dijeron sentirse tristes al momento de realizar la encuesta. Como variables explicativas se indagaron el género, la edad, el estrato, la funcionalidad (usando el APGAR familiar) y la estructura familiar (miembros con los que se convive) y la red de apoyo. Se obtuvieron los Odds Ratio y los resultados significativos se sometieron al proceso de regresión.

**Resultados** El análisis de regresión logística de las razones de riesgo mostró que la percepción de felicidad disminuye con la edad (60 y más años versus 7 a 10 años, OR 0,09 IC95% 0,03-0,26); que hay una asociación significativa más fuerte con la funcionalidad (disfunción severa versus funcionalidad normal, OR 0,05 IC95% 0,03-0,08) que con la estructura familiar (hogar extenso versus nuclear, OR 0,60 IC95% 0,37-0,96) y que la felicidad se relaciona con las redes de apoyo (red baja versus red alta, OR 0,52 IC95% 0,31-0,88).

**Conclusión** Está investigación confirma la importancia de la familia en la percepción de la felicidad, sentimiento considerado como referente de salud. Con base en esto, resulta clave fortalecer la convivencia familiar para promover la salud de las personas.

**Palabras Clave:** Felicidad; familia; desarrollo humano; relaciones interpersonales; relaciones familiares (*fuentes: DeCS, BIEREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To demonstrate the association between happiness and family functionality in order to promote healthy family relationships and the biopsychosocial health of the people.

**Materials and Methods** Cross-sectional, descriptive study developed over a span of three years. A questionnaire was applied to 8 885 people from Bogotá selected by convenience sampling. The population was divided into those who said they were happy and those who said they felt sad at the time of the survey. Explanatory variables included sex, age, socioeconomic status, functionality (based on the family APGAR), family structure (members of the household), and support network. Odds ratios were obtained and the significant results were subjected to the regression process.

**Results** The logistic regression analysis of the odds ratios showed that the perception of happiness decreases with age (60 and over vs. 7 to 10 years; OR: 0.09, 95% CI: 0.03-0.26), that there is a stronger significant association with functionality (severe dysfunction vs. normal functionality; OR: 0.05, 95% CI: 0.03-0.08) than with family structure (extended vs. nuclear home; OR: 0.60, 95% CI: 0.37-0.96), and that happiness is related to support networks (low network vs. high network; OR: 0.52 95% CI: 0.31-0.88).

JG: MD. Esp. Medicina Familiar. M. Sc. Salud Pública. Profesor titular. Facultad de Medicina. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá, Colombia.

[juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)

GR: MD. M. Sc. Salud Pública. Profesor titular. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

[guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co](mailto:guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co)

JP: Ing. de Sistemas. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

[jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co](mailto:jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co)

MM: MD. Esp. Medicina Familiar. Ph. D. Patología Existencial e Intervención en Crisis. Profesor titular Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

[mariarnomejia@gmail.com](mailto:mariarnomejia@gmail.com)

CA: MD. Esp. Medicina Familiar. Profesor asistente. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Facultad de Medicina Bogotá, Colombia.

[camilo.ayala@juanncorpas.edu.co](mailto:camilo.ayala@juanncorpas.edu.co)

**Conclusion** This research confirms the importance of the family in happiness perception, which is a sentiment considered as a health benchmark. Based on these results, strengthening family coexistence is essential to promote the health of people.

**Key Words:** Happiness family; human development; interpersonal relations; family relations (*source: MeSH, NLM*).

La necesidad de abordar la felicidad, como parte de la visión que se debe tener en la atención médica, se reconoce cada vez más (1) por su evidente relación con la condición de salud de la población, asociación demostrada, por ejemplo, en la enfermedad cardiovascular, la cual se presenta menos entre los que se perciben felices (con actitudes positivas hacia la vida) (2). Incluso se ha visto que los felices tienden a tener una longevidad mayor (2). De hecho, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que la enfermedad no es lo único que interviene en el proceso de salud e involucró al bienestar, invita a realizar estudios que busquen factores de protección y causales en pro de tal condición, siendo la felicidad uno de ellos (3). Bután ha ido más allá (4) al proponer la felicidad como un indicador de desarrollo social. Plantea que tal percepción es holística (se da cuando se suplen las necesidades espirituales, materiales y sociales del ser humano), que desencadena una visión de progreso equilibrado y, que se puede alcanzar colectivamente, dejando en claro su relación con la buena salud. La OMS y otros países occidentales han decidido seguir su ejemplo al establecer la percepción de felicidad como indicador de desarrollo (4).

Los anteriores enfoques se han postulado como el estudio de la biología positiva (5), donde la enfermedad no es el único objeto de estudio, sino que considera que los fenotipos positivos son importantes porque brindan respuestas que el modelo actual no ofrece, proponiendo que estudiar la felicidad y su relación con la salud produce beneficios, quizá, más rápidos, por ejemplo, para el abordaje de la prevención de la enfermedad mental.

¿Qué hace feliz al ser humano? La respuesta a esta pregunta se ha enfocado de forma multidisciplinar. Desde una visión psicológica, la felicidad se relaciona con optimismo, seguridad en sí mismo y sólidas relaciones con los demás (6). Desde el punto de vista biológico se ha estudiado la relación del ejercicio con la felicidad y la salud (5), dada la evidencia de esta asociación demostrada en varios países (7). Delle (8) propone una clasificación desde dos perspectivas; la hedónica, relacionada con las emociones positivas y la satisfacción de vida y, la eudamónica, considerada como un proceso de autorealización. En sus investigados, la relación entre familia, las relaciones sociales y la salud ocupan las tres menciones más frecuentes relacionadas con la felicidad

y el bienestar. Buettner (9) aborda la felicidad desde una perspectiva cultural describiéndola en un pentagrama donde las relaciones sociales, los objetivos de vida, los aspectos físicos de bienestar, los comunitarios y los logros financieros están presentes en la percepción de la población, pero con intensidad diferente de acuerdo con su región y cultura. En la descripción que hace de los lugares más felices menciona a Costa Rica, donde un generador de bienestar es el servicio de salud.

¿Cómo medir la felicidad? Aún no existe una forma objetiva para medirla, siendo las percepciones, y lo que de estas surge, las principales formas de hacerlo (2), pero estando presentes el estado mental o emocional positivo de disfrute y satisfacción. Reconociendo que la felicidad favorece la salud (2) y que su estudio nos aproxima al bienestar (5), González (6) encontró una asociación entre esta y las relaciones con los demás, especialmente con la familia. Asimismo, Uecker (10) expone cómo en los adultos jóvenes el matrimonio se relaciona con la salud mental. De hecho, de acuerdo con Jeon (11), compartir con la familia se relaciona con percibirse feliz y es clave para enfrentar la enfermedad. Una buena función familiar resulta clave en la percepción de felicidad (12) y en el apoyo que se requiere para atender la salud en todas sus dimensiones (atención, prevención y rehabilitación).

La familia, a través de uno de sus miembros, asume muchas veces la carga de la enfermedad de otro de ellos (13). En la salud del niño, el ejercicio de la pediatría muestra su trascendencia (14). En la salud del adolescente y toma de decisiones, la funcionalidad de la familia, resulta determinante (15); pero, en los adultos mayores con alguna enfermedad, se ejemplifica mejor su papel en torno a la salud y la felicidad (16).

Las célebres cohortes del estudio Grant de Harvard (3) (George E. Vaillant Triumphs of Experience The Men of the Harvard Grant Study) mostraron que las relaciones íntimas y cálidas son condiciones para tener una larga vida percibiéndose feliz, promoviendo con la frase “nunca es tarde para renacer en el amor”. El estudio afirma que, las relaciones afectivas sanas son un poderoso medicamento que prolonga la vida y disminuye la enfermedad, reconociendo a la familia como fuente primaria de dichas relaciones; si bien se reconoce el protagonismo activo asumido por algunos gobiernos a través de sus políticas de protección y bienestar de la población (12).

Otro aspecto a resaltar lo expone Ennis (13), al mencionar que la pobreza influye en la familia negativamente, cuánto más pobres, más disfuncionalidad y, menos apoyo y prácticas promotoras de salud y, de seguro, menos felicidad, situación que confirma lo que se conoce sobre los determinantes sociales de la salud (17).

Esta investigación busca estimar qué relación existe entre la percepción de la felicidad y la familia (estructura y función) en Bogotá, buscando promover en los servicios de salud una visión positiva del papel de la familia (18) en la promoción de la salud, impulsando así el esfuerzo de hacer real la implementación de modelos basados en la Atención Primaria de Salud (19) donde la familia es fundamental.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio observacional de corte transversal.

### Población

Personas de todas las edades seleccionadas por conveniencia durante tres años (agosto de 2013 a noviembre de 2015) en Bogotá, a través de encuestadores previamente preparados. El criterio de exclusión fue la negativa a ofrecer la información. Se explicó el propósito del estudio asegurando la confidencialidad. La población se estratificó por ciclo vital (niños de 7 a 10 años, adolescentes de 11 a 19 años, adultos jóvenes de 20 a 44 años, adultos medios de 45 a 59 años, adultos mayores de 60 a 74 años y ancianos de 75 años en adelante).

### Variables

Independientes. características sociodemográficas (edad, sexo y estrato, medido en escala de 1 a 6, siendo el 1 el más bajo); estructura del hogar (nuclear -compuesto por padre, madre e hijos-, incompleta -uno solo de los padres con hijos-, extensa -padre, madre, hijos y otros miembros de familia-, extensa incompleta -uno solo de los padres con hijos y otros miembros-, vive solo y, reconstituida -padrastro o madrastra-); red de apoyo, preguntando "Cuando tiene problemas sabe que puede contar con..." (6) apoyos de la red familiar (padres, hermano, hijos, abuelos, otro familiar y pareja), red social (amigo, trabajo, profesores, comunidad -organizaciones comunitarias, servicios de salud, médico y sacerdotes o pastores-), apoyo derivado por actividades individuales (deporte, estudio) y el procedente de la percepción de Dios y de sí mismo, siendo casi siempre (2 puntos), a veces (un punto) y casi nunca (0 puntos), las opciones de respuesta para cada uno de los apoyos preguntados; y, funcionalidad familiar evaluada con el test de APGAR (20) (Smilkstein), que mide, a través de cinco preguntas la percepción de

la ayuda de la familia para resolver problemas, participar en decisiones, apoyar los proyectos, para aceptar las emociones y compartir, en escala casi siempre (2 puntos), a veces (1 punto) y casi nunca (0 puntos), lo cual permite (al sumar las cinco respuestas) clasificar la funcionalidad normal (8 a 10 puntos), la disfunción leve (4 a 7 puntos) y la severa (0 a 3 puntos). Como variable dependiente la percepción del estado de ánimo (feliz, normal o triste). Además, se preguntó por el rol en la familia (padre, madre, hijo o adulto que vive solo) para conocer qué miembro de la familia contestaba el cuestionario.

### Prueba piloto

En 2012 se diseñó el cuestionario y se realizó la prueba piloto con un grupo de estudiantes de una Facultad de Medicina.

### Recolección de información

Período comprendido entre agosto de 2013 y noviembre de 2015 se aplicaron los cuestionarios en la ciudad de Bogotá con la ayuda de estudiantes de la cátedra de estadística de una facultad de Medicina. Con los niños menores de 10 años, los adultos mayores de 65 años y con quien lo solicitara, el cuestionario fue dirigido. Las demás personas diligenciaron el instrumento.

### Manejo estadístico

Se utilizó el programa Excel 2016 para tabular la información y obtener las prevalencias. Se dividió la población entre los que afirmaron estar felices y quienes dijeron sentirse tristes al momento de realizar la encuesta. Para clasificar la red de apoyo se obtuvo la media de la respuesta "casi siempre" y se aplicaron dos desviaciones estándar, considerando red baja a los datos situados en el cuartil inferior, red media a los ubicados en los cuartiles medio inferior y medio superior y, red alta, los del cuartil superior. Para determinar la asociación entre las variables explicativas y la percepción del ánimo se calcularon los odds ratio con el programa Epi Info 7, utilizando un IC del 95% y considerando significancia estadística el valor de  $p < 0,05$ . Los resultados significativos se sometieron al proceso de regresión.

## RESULTADOS

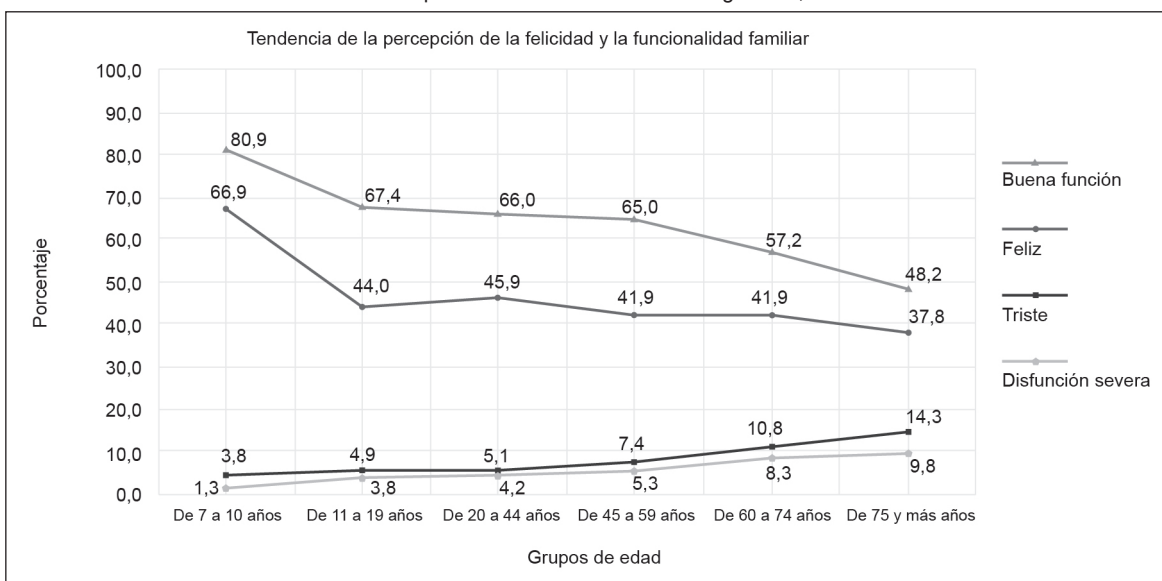
La Tabla 1 expresa la clasificación de los encuestados en los ciclos vitales y el predominio de la funcionalidad normal.

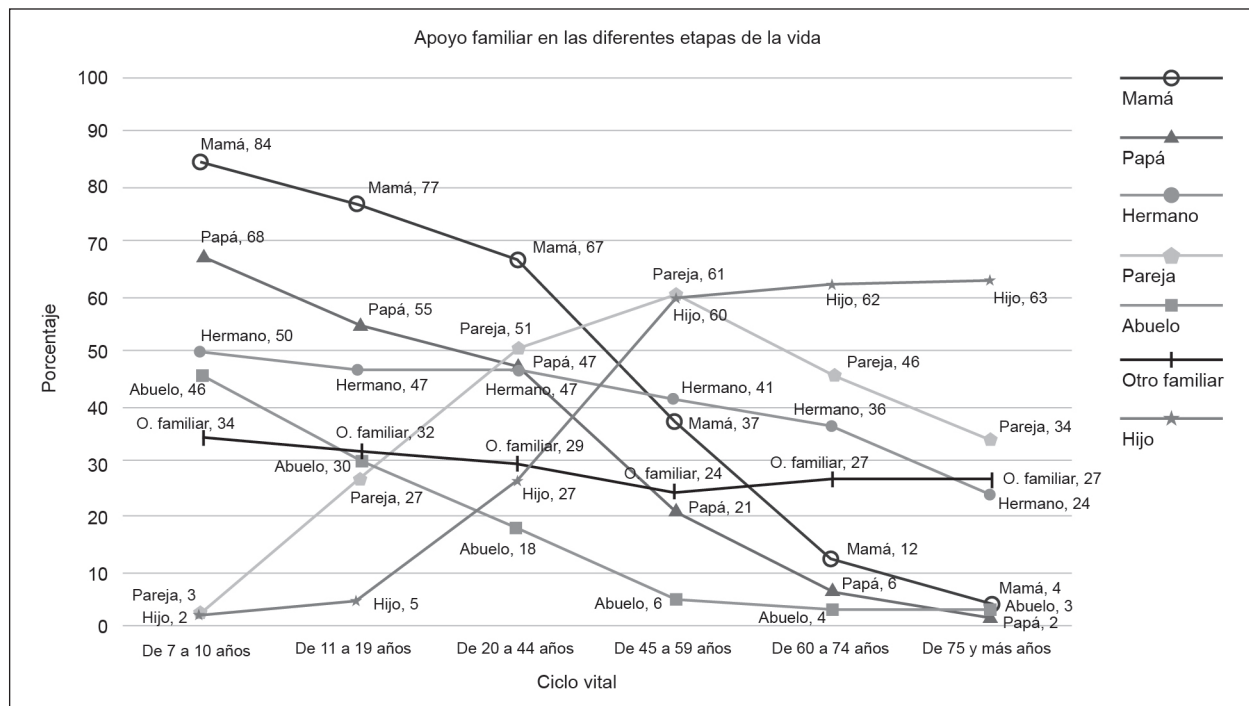
Dado que las encuestas se hicieron a lo largo de tres años, se compararon tanto la percepción de triste y feliz como la buena función familiar y la disfunción severa con los años 2013 y 2014 y, 2014 y 2015, respectivamente, no encontrando diferencias significativas.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de estructura y funcionalidad familiar, percepción del estado de ánimo y red de apoyo de una muestra por conveniencia de familias bogotanas, 2013-2015

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N°	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	4085	46,0
Mujer	4795	54,0
<b>Grupos de edad</b>		
De 7 a 10 años	819	9,2
De 11 a 19 años	2244	25,3
De 20 a 44 años	2740	30,9
De 45 a 59 años	1359	15,3
De 60 a 74 años	986	11,1
De 75 y más años	732	8,2
<b>Percepción de estrato</b>		
Estrato uno y dos	1937	21,8
Estrato tres	4427	49,9
Estrato cuatro, cinco y seis	2509	28,3
<b>Estructura familiar</b>		
Nuclear completo	4587	51,7
Nuclear incompleto	1564	17,6
Extenso	905	10,2
Extenso incompleto	570	6,4
Vive solo	1094	12,3
Reconstituido	147	1,7
<b>Funcionalidad familiar</b>		
Funcionalidad normal	5773	65,1
Disfunción leve	2656	30,0
Disfunción severa	435	4,9
<b>Clasificación de las redes de apoyo</b>		
Red de apoyo alta	1450	16,3
Red de apoyo media	5422	61,1
Red de apoyo baja	2001	22,6
<b>Percepción del estado de ánimo</b>		
Feliz	4055	45,7
Normal	4226	47,6
Triste	593	6,7
<b>Quiénes contestaron el cuestionario en el hogar</b>		
Padre	1479	17,0
Madre	1877	21,6
Hijo	4163	47,8
Adulto que vive solo	1182	13,6

**Figura 1.** Tendencia de la percepción de la felicidad y la funcionalidad familiar de una muestra por conveniencia de familias bogotanas, 2013-2015



**Figura 2.** Apoyo familiar en las diferentes etapas de la vida de una muestra por conveniencia de familias bogotanas, 2013-2015

La Figura 1 muestra que la percepción de felicidad está presente en 548 niños de 7 a 10 años (67%), desciende en los adolescentes, se sitúa en un 46% de los adultos jóvenes ( $n=1.256$ ), desciende en el adulto medio, se mantiene en el adulto mayor y desciende a un 39% ( $n=277$ ) en los mayores de 74 años. Destaca también que las prevalencias de felicidad y funcionalidad familiar normal van descendiendo a medida en que se avanza en los ciclos vitales, mientras que las de tristeza y disfunción severa van aumentando de forma muy similar.

La Figura 2 muestra la dinámica de los apoyos familiares en el curso de vida. Los padres son los principales apoyos en las primeras etapas de la vida, disminuyendo de los 20 a 44 años, donde cobra fuerza la pareja, que va decayendo en los últimos ciclos. Lo contrario ocurre con el apoyo que brindan los hijos (aumenta a medida que se avanza en los años). El apoyo de los hermanos se mantiene similar de los 45 a 59 años, pero baja a partir de los 60 años.

La Tabla 2 presenta el resultado de la regresión logística, destacando la asociación positiva y gradual entre la percepción de felicidad versus los ciclos vitales y la funcionalidad familiar respectivamente.

En torno a la estructura del hogar, la familia nuclear comparada con cada una de las otras (incompleta, extensa, nuclear incompleta, reconstituida y “vive solo”), la prueba de los intervalos de confianza de los OR arrojó

diferencias significativas en todos los casos, pero al ser sometidas al proceso de regresión, desaparecieron permaneciendo únicamente la comparación de la nuclear con la extensa ( $p=0,03260$ ), (Tabla 2).

Las comparaciones de la percepción de felicidad con la red de apoyo alta versus la media y, la alta versus la baja, mostraron OR significativos, pero quedando solo la última en la regresión.

## DISCUSIÓN

Los sesgos de información a los que se expone este trabajo se enfrentaron a través de la participación voluntaria, el apoyo en los niños y las personas adultas mayores para diligenciar el cuestionario y la eliminación de los registros con respuestas contradictorias (7% del total, a pesar de quedar otros sesgos, tal como niños de 7 a 10 años que dicen encontrar apoyo en el hijo o la pareja, aunque en una proporción mínima). Aunque el tamaño y la selección de la población (Tabla 1) no permiten hacer inferencias, se considera valioso el estudio para el área de la salud por reflejar el sentir de la población bogotana dado que no se encontraron diferencias cuando se compararon las variables de estado de ánimo y funcionalidad familiar entre los años estudiados en 2013 a 2015.

No es posible comparar la prevalencia de felicidad encontrada (46%), (Tabla 1) con las halladas en las

**Tabla 2.** Regresión logística de variables relacionadas con la percepción de felicidad de una muestra por conveniencia de familias bogotanas, 2013-2015

Variable	Feliz		Triste		OR	LI	LS	Valor p
	Nº	%	Nº	%				
<b>Edad</b>								
De 11 a 19 años	986	90,0	110	10,0	0,44	0,20	0,95	0,03690
De 7 a 10 años	548	94,7	31	5,4				
De 20 a 44 años	1256	90,0	140	10,0	0,40	0,17	0,95	0,03880
De 7 a 10 años	548	94,7	31	5,4				
De 45 a 59 años	570	85,0	101	15,1	0,12	0,04	0,35	0,00010
De 7 a 10 años	548	94,7	31	5,4				
De 60 y más años	690	76,6	211	23,4	0,09	0,03	0,26	0,00000
De 7 a 10 años	548	94,7	31	5,4				
<b>Estructura del hogar</b>								
Extensa	370	85,9	61	14,2	0,60	0,37	0,96	0,03260
Nuclear completa	2304	91,1	226	8,9				
<b>Funcionalidad familiar</b>								
Disfunción leve	807	77,2	238	22,8	0,24	0,18	0,33	0,00000
Funcionalidad normal	3164	93,7	212	6,3				
Disfunción severa	75	34,4	143	65,6	0,05	0,03	0,08	0,00000
Funcionalidad normal	3164	93,7	212	6,3				
<b>Red de apoyo</b>								
Baja	673	75,2	222	24,8	0,52	0,31	0,88	0,01400
Alta	859	93,6	59	6,4				

investigaciones, cada vez más frecuentes en Colombia (21,22), al ser diferente su medición. Seguramente el país, siguiendo ejemplos como el chileno (23), empezará a estudiar de forma rutinaria esta percepción, debiendo escoger una variable comparable que permita entender más. No obstante, González (6), en 2010, usó la misma forma de medir hallando una prevalencia de felicidad del 31%, permitiendo identificar un incremento, aun con las dificultades inherentes de comparar las poblaciones estudiadas, que se podría explicar por la mejora del desarrollo colombiano (24,25), pero al no encontrar relación entre felicidad y estratos (Tabla 2), esta apreciación se aleja y permite proponer que sea la funcionalidad familiar una de las principales responsables, coincidiendo con North (26), quien la sitúa muy por encima de los ingresos.

Respecto a la estructura familiar, predominó la nuclear (52%) (Tabla 1) por debajo de la reportada por el estudio de tipologías de las familias en Colombia (27) (60%), dejando entrever que es la prevalente.

Al comparar la familia nuclear versus el resto de tipologías (Tabla 1) frente a la felicidad, se encontró una relación inversa con la familia extensa y ausencia de asociaciones significativas con las demás estructuras (Tabla 2). De seguro cuando un mayor número de personas convive, hay mayores posibilidades de tener conflictos afectando la percepción de felicidad. Myrskila (28) ha propuesto que dos hijos guardan relación con la felicidad familiar, lo que, junto con los dos padres, permite proponer hipotéticamente el número de integrantes ideales de un hogar, al menos del mundo occidental.

No hubo asociación entre vivir solo versus estructura nuclear con felicidad, contrario a lo esperado, por la relación entre soledad con enfermedad y tristeza tan evidente en casos como la depresión (29). Pero, sosteniendo lo hallado por González (6), y como apuntan diversos estudios, no es la cantidad de personas sino la calidad de las relaciones lo verdaderamente importante (3,30), incluso, una persona que vive sola puede mantener buenas y poderosas relaciones con otros, así no vivan bajo el mismo techo.

Este estudio muestra una buena función familiar, usando el test de APGAR original (20), en cerca de dos de cada tres personas (Tabla 1), mientras que en el estudio de Salud Mental (22), con el test modificado, está presente en tres de cada cuatro. En este último, la disfunción severa está presente en alrededor de un 6%, proporción muy parecida a la hallada aquí (5%) (Tabla 1). Estas cifras ratifican el papel importante de la familia en Colombia y, su funcionalidad, como sinónimo de apoyo, prevalece por encima de su tipología (Tabla 2), siendo paralela a la percepción de felicidad.

Las relaciones familiares armoniosas, reflejadas en el APGAR familiar, con una tendencia similar a la de felicidad (Figura 1), confirmada por las regresiones (Tabla 2), deja ver la importancia de sostenerlas y estimularlas a lo largo de la vida, por contribuir a la felicidad y, por tanto, a la buena salud (3). Beytía (31) ofrece unas interesantes explicaciones en torno a esto, entre ellas la convivencia de la pareja (apoyo, e incluso la vida sexual), y la relación parental, proponiendo que tanto la falta de hijos como el aumento de ellos (más de dos, según Myrskila (28), disminuye la relación con la felicidad. En Latinoamérica, la

relación entre función familiar y felicidad, son coincidentes en diversos estudios, siendo un ejemplo lo encontrado por Arias en Perú (32) (Figura 1 y Tabla 2).

Igualmente, la tendencia similar, y a veces entremezclada, de la tristeza y la disfunción familiar severa (Figura 1) es llamativa. Cacioppo (29) ratifica tal asociación y la propone como deletérea para la salud. Al respecto, Hawkley (30) afirma que las deficiencias percibidas en la calidad de las relaciones están particularmente relacionadas con la soledad, la cual define como “el sentimiento angustiante que acompaña a las discrepancias entre las relaciones sociales deseadas y reales”, que predice síntomas depresivos y está asociada con la resistencia periférica crónicamente elevada. En medios latinoamericanos, la disfunción severa se puede relacionar, incluso, con las alteraciones de personalidad (33). Asimismo, en jóvenes, la disfunción familiar se relaciona con la violencia y sus consecuencias (34). Una buena función familiar se asocia con comportamientos protectores, por ejemplo, en torno a la sexualidad (35) y las decisiones (15).

De hecho, este estudio confirma, de forma muy parecida al estudio de González publicado en 2010, la trascendencia de la familia (6), donde la madre, hermanos, pareja y padre, junto con los hijos, son los principales apoyos, siendo evidente que, entre más años, algunos apoyos pueden ir disminuyendo (ejemplo, madre y padre por declive biológico) y, otros, surgiendo (pareja e hijos), manteniéndose constantes otros, como el hermano, pero con tendencia general a disminuir (Figura 2).

Además, respecto a la percepción de la felicidad a lo largo de la vida, los hallazgos de este estudio (cuanto más jóvenes, más felices, Figura 1), acordes con las revisiones de estudios nacionales (21,22) y con el estudio metodológicamente similar realizado en 2010 (6), permiten proponer que tal percepción guarda relación directa con los apoyos en los ciclos vitales (Figuras 1 y 2), siendo la familia aportante de varios de estos. Se confirma, que a mayor apoyo, más felicidad (Tabla 2), reflejando que, así como la felicidad va disminuyendo a lo largo de la vida, los apoyos, medidos a través de la buena función familiar, también (6). Cooper (36) también propone la íntima relación entre la percepción de felicidad y el capital humano (la cantidad de apoyos que podemos recibir cuando los necesitamos).

Dado que la buena función familiar es determinante para percibir felicidad, el propender a mantener o construir apoyos puede ser un propósito en pro del bienestar (11). De no hacerlo, la soledad aparece y con ella la tristeza, como lo demuestra Cacioppo (29), surgiendo la enfermedad (30). Esto es particularmente cierto en los adultos mayores, pues llegar a tal etapa de la vida con una sólida red familiar, será clave para enfrentar las

enfermedades y las incapacidades derivadas y para sentirse bien (16,37).

La Figura 1 constituye el hallazgo más representativo de esta investigación al manifestar que el mantener una buena función familiar es sincrónico con la felicidad (38) y, probablemente, con el buen estado de salud, en tanto que la disfunción familiar severa está ligada con la tristeza y, por ende, con la enfermedad.

En conclusión, esta investigación establece una significativa relación entre felicidad y familia (Figura 1). Aunque no permite saber cuál es la causa y cuál el efecto, esto se puede aclarar con la cohorte de Grant (3), que identificó a las buenas relaciones como responsables directas tanto de la felicidad como de una mejor salud (39).

Ante esta evidencia, se propone que los servicios de salud incluyan en sus atenciones preguntas en torno a la percepción de felicidad y funcionalidad familiar (20). Al hacerlo, de seguro mejorarán la experiencia del contacto médico, pues indagar por la familia está identificado por los pacientes como señal de compromiso (19). Adicionalmente, conocerán los apoyos (6), se estimularán para enfocar la atención hacia la familia (18) y promoverán la Atención Primaria en Salud (40). De esa forma, las consultas médicas dejarán solo de ver la enfermedad y el enfermo, transformándose en promotoras del bienestar (2,5) y, en el caso colombiano, a lo mejor, contribuirá a posicionar al desprestigiado modelo de atención en salud, anhelando como lo menciona Buettner (9), que se convierta en un orgullo nacional como lo es en Costa Rica ♣

## REFERENCIAS

1. Ballas D, Dorling D. Measuring the impact of major life events upon happiness. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. Septiembre de 2007 Citado 2018 22 de enero; 36(6):1244-1252. Disponible en: <https://goo.gl/9vB1Wi>.
2. Sin NL. The Protective Role of Positive Well-Being in Cardiovascular Disease: Review of Current Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications. *Curr Cardiol Rep*. [Internet]. 2016 noviembre. Citado 2018 22 de enero; 18(11):106. Disponible en: PubMed: <https://goo.gl/3Cjn9q>.
3. El efecto felicidad. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2011 abril. Citado 2018 22 de enero; 89(4):246-247. Disponible en: <https://goo.gl/o8aYqH>.
4. Sithey G, Thow AM, Li M. Gross national happiness and health: lessons from Bhutan. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015 agosto Citado 1 de febrero; 93(8):514. Disponible en: <https://goo.gl/uZ8WpM>.
5. Farrelly C. “Positive biology” as a new paradigm for the medical sciences: Focusing on people who live long, happy, healthy lives might hold the key to improving Human Well-being. *EMBO Rep* [Internet]. 2012 marzo. Citado 1 de febrero; 13(3):186-188. Disponible en: <https://goo.gl/umD6Vd>.
6. González JC, Restrepo GL. The prevalence of happiness in life cycles and regarding support networks in the Colombian population. *Rev. salud pública (Bogotá)* 2010; 12(2):228-238.
7. Richards J, Jiang X, Kelly P, Chau J, Bauman A, Ding D. Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happi-

- ness in 15 European countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 enero. Citado 12 de febrero; 15:53. Disponible en: <https://goo.gl/yl3ZMg>.
8. Delle A, Brdar I, Freire T, Vella D, Wissing M. The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*. [Internet]. 2011 mayo. Citado 2 marzo; 100(2):185-207. Disponible en: <https://goo.gl/4Cn5gp>.
  9. Buettner D. Los lugares más felices del mundo. *Revista oficial de National Geographic society*. 2017; 41(5):18-47.
  10. Uecker JE. Marriage and Mental Health among Young Adults. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2012 marzo. Citado 2 marzo; 53(1):67-83. Disponible en: <https://goo.gl/5uqrTL>.
  11. Jeon SW, Han C, Lee J, Lim J, Jeong HG, Park MH et al. Perspectives on the Happiness of Community-Dwelling Elderly in Korea. *Psychiatry Investig.* [Internet]. 2016 enero. Citado 16 marzo; 13(1):50-57. Disponible en: <https://goo.gl/eZZRMD>.
  12. Fu R, Noguchi H. Does marriage make us healthier? Inter-country comparative evidence from China, Japan, and Korea. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 febrero. Citado 16 marzo; 11(2). Disponible en: <https://goo.gl/cRfqL5>.
  13. Ennis E, Bunting BP. Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 marzo. Citado 11 abril; 13:255. Disponible en: <https://goo.gl/omxbSk>.
  14. Fiese BH, Rhodes HG, Beardslee WR. Rapid changes in American family life: consequences for child health and pediatric practice. *Pediatrics* [Internet]. 2013 septiembre. Citado 11 abril; 132(3):552-559. Disponible en: <https://goo.gl/BXurCG>.
  15. Wamoyi J, Wight D, Remes P. The structural influence of family and parenting on young people's sexual and reproductive health in rural northern Tanzania. *Culture, Health & Sexuality* [Internet]. 2015 enero. Citado 11 abril; 17(6):718-732. Disponible en: <https://goo.gl/Yfvo1e>.
  16. Alvarado X, Toffoletto MC, Oyanedel JC, Vargas S, Reynaldos KL. Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *enferm.* [Internet]. 2017 junio. Citado 2018 mayo 03; 26(2): e5460015. Disponible en: <https://goo.gl/5FZ99M>.
  17. World Health Organization. *Social determinants of health: the solid facts* [Internet]. 2nd edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. 2003. Citado 2018 mayo 03. Disponible en: <https://goo.gl/E6LJq4>.
  18. Da Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EM. La familia en las prácticas de los equipos de Salud Familiar. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2014 marzo-abril. Citado 2018 mayo 03; 67(2): 274-81. Disponible en: <https://goo.gl/YdmzEK>.
  19. González JC, Restrepo GL, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá *Rev. salud pública (Bogotá)* 2014; 16(6): 871-884.
  20. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6(6):1239-9.
  21. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. DNP revela primer diagnóstico de felicidad para Colombia; 2016. Citado 2018 mayo 03. Disponible en: <https://goo.gl/5vYmJ1>.
  22. Minsalud. *Colciencias* [Internet]. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Citado 2018 mayo 03. Disponible en: <https://goo.gl/hTiMmk>.
  23. Beytía P, Calvo E. ¿Cómo medir la felicidad? Instituto de políticas clínicas. Universidad Diego Portales [Internet]. 2011 octubre. Citado 2018 mayo 03; 4. Disponible en: <https://goo.gl/1e2afG>.
  24. DANE [Internet]. Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV- [citado 2018 mayo 03]. Disponible en: <https://goo.gl/sskzjN>.
  25. Howell RT, Howell CJ. The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2008; 134(4):536-60.
  26. North RJ, Holahan CJ, Moos RH, Cronkite RC. Family support, family income, and happiness: A 10-year perspective. *Journal of Family Psychology.* 2008; 22(3):475-483.
  27. Observatorio de Políticas de las Familias [Internet]. *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993-2014*. Documento de Trabajo No. 2016-1. Citado 2018 mayo 03. Disponible en: <https://goo.gl/dJ4ND6>.
  28. Myrskylä M, Margolis R. Happiness: before and after the kids. *Demography* [Internet]. 2014 octubre. Citado 2018 mayo 03; 51(5):1843-66. Disponible en: <https://goo.gl/Jbcu6j>.
  29. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: Five-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging* [Internet]. 2010 junio. Citado 2018 mayo 10; 25(2):453-463. Disponible en: <https://goo.gl/dA2hE3>.
  30. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: Five-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging* [Internet]. 2010 marzo. Citado 2018 mayo 10; 25(1):132-141. Disponible en: <https://goo.gl/VqWP8k>.
  31. Beytía P. *Vínculos familiares: una clave explicativa de la felicidad*. Tesis con acceso [Internet]. 2017 diciembre. Citado 2018 mayo 10. Disponible en: <https://goo.gl/YreJ5F>.
  32. Arias W, Masías M, Salas X, Yépez L. Integración familiar y felicidad en la ciudad de Arequipa. *Rev. psicol. Arequipa* [Internet]. 2014 octubre. Citado 2018 mayo 10; 4(2): 204-215. Disponible en: <https://goo.gl/XUvHcc>.
  33. Landeros JE, Simental LE, Rodríguez JL. Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* [Internet]. 2015 septiembre-octubre. Citado 2018 mayo 10; 53(5):558-63. Disponible en: <https://goo.gl/hh8jTh>.
  34. González JC, De la Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2011; 13(1):67-78.
  35. González Juan C. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar*. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2009; 11(1):14-26.
  36. Cooper C, Bebbington P, King M, Jenkins R, Farrell M, Brugha T et al. Happiness across age groups: results from the 2007 National Psychiatric Morbidity Survey. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011; 26(6):608-14.
  37. Troncoso C, Soto N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horiz. Med.* [Internet]. 2018 enero. Citado 2018 mayo 19; 18 (1):23-28. Disponible en: <https://goo.gl/2cjpXv>.
  38. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social* [Internet]. 2017. Citado 2018 mayo 20; 3(1):61-74. Disponible en: <https://goo.gl/vHU8HP>.
  39. Waldinger RT. *Ideas Worth Spreading* [Internet]. ¿Qué resulta ser una buena vida? Lecciones del estudio más largo sobre la felicidad. Citado 2018 mayo 20. Disponible en: <https://goo.gl/ZKX4GR>.
  40. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Washington 2007. Documento de Posición de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Citado 2018 mayo 20. Disponible en: <https://goo.gl/tJfYZu>.