Descargado el: 10-09-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Diagnóstico psicosocial sobre salud familiar en núcleos con un adulto mayor institucionalizado en casa de abuelos. Rodas, 2015

Family health in nuclei with an older adult institutionalized in the grandparents' house

María Elena Reina Suárez[1] Maricel Abad Sainz[1] María Elina Espinosa Sosa[1] Lázaro Santana Capey[1] Nubia Mercedes Rivero Rodríguez[1] Janet del Carmen Sarmiento Sánchez[1]

[1] Centro Universitario Municipal de Rodas, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Reina-Suárez M, Abad-Sainz M, Espinosa-Sosa M, Santana-Capey L, Rivero-Rodríguez N, Sarmiento-Sánchez J. Diagnóstico psicosocial sobre salud familiar en núcleos con un adulto mayor institucionalizado en casa de abuelos. Rodas, 2015. **Medisur** [revista en Internet]. 2021 [citado 2026 Sep 10]; 19(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5097

Resumen

Fundamento: la familia constituye primera red de apoyo social del individuo. Su estudio es prioridad, dada la estrecha relación existente entre la salud y el tipo de familia en la que está insertado el individuo, con especial relevancia en el adulto mayor.
Objetivo: describir resultados del diagnóstico psicosocial de la situación de salud familiar en núcleos con un adulto mayor institucionalizado en casa de abuelos.
Métodos: estudio descriptivo de corte transversal sobre una muestra seleccionada a conveniencia conformada por cinco familias del municipio Rodas, en Cienfuegos, las cuales tenían un anciano institucionalizado en casas de abuelos. Se empleó la entrevista semiestructurada, el FFsil para medir la funcionabilidad de la familia y CAS- 7 para determinar necesidad de apoyo social en familia.
Resultados: la incorporación del anciano a casa de abuelos influyó positivamente, partiendo del progreso de sus dimensiones relaciones interpersonales, validismo, integración social y estados emocionales, con adecuado afrontamiento familiar de salud y ante procesos críticos de vida, fundamentalmente. El 84,2 % poseen funcionabilidad moderada, solo una familia presenta disfuncionabilidad. El 84,2 % de las familias necesitan entre algo y bastante apoyo social, coincidiendo con la necesidad de apoyo emocional e interpersonal, solo el 15,7 % necesita apoyo material.
Conclusiones: los miembros de las familias describen la salud familiar partiendo de sus condicionantes, con tendencias a la homogeneidad en afrontamiento familiar y funcionabilidad de la familia, con necesidad de apoyo social, emocional, interpersonal y material, de diferentes gradientes.

Palabras clave: relaciones familiares, centro de día para mayores, relaciones interpersonales

Abstract

Background: the family constitutes the individual's first social support network. Its study is a priority, given the close relationship between health and the type of family in which the individual is inserted, with special relevance in the elderly.
Objective: to describe the results of the psychosocial diagnosis of the family health situation in nuclei with an institutionalized elderly in the grandparents' home.
Methods: descriptive cross-sectional study on a conveniently selected sample made up of five families from the Rodas municipality, in Cienfuegos, which had an institutionalized elderly in grandparents' homes. The semi-structured interview was used, the FFsil to measure the functionality of the family and CAS-7 to determine the need for social support in the family.
Results: the incorporation of the elderly to the grandparents' home had a positive influence, based on the progress of their dimensions, interpersonal relationships, validity, social integration and emotional states, with adequate family health and fundamentally critical life processes. The 84.2% have moderate functionality, only one family has dysfunction. The 84.2% of families need between something and a lot of social support, according to the need for emotional and interpersonal support, only the 15.7% need material support.
Conclusions: family members describe family health based on its conditioning factors, with tendencies towards homogeneity and functionality in family, with the need for social, emotional, interpersonal and material support, of different gradients.

Key words: family relations, adult day care centers, interpersonal relations

Aprobado: 2021-05-06 09:26:45

Correspondencia: María Elena Reina Suárez. Centro Universitario Municipal de Rodas. Cienfuegos, Cuba. mereina@ucf.edu.cu

INTRODUCCIÓN

El estudio de familia constituye uno de los objetivos de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en Cuba y una de las prioridades de trabajo del Partido y el Gobierno, al analizar los problemas que las aquejan con un especial tratamiento, precisamente por el valor que reviste no solo para el individuo, sino para la sociedad por ocupar un espacio de intermediación entre uno y otro.[1]

La familia es una categoría histórica, evolutiva y psicológica. Su vida y su forma están determinadas por el modo de producción y el sistema de relaciones sociales. En ella ocurren cambios cuantitativos y cualitativos que se producen en los diferentes períodos de su ciclo vital y la influencia del sistema de relaciones que se genera en ella determina el desarrollo de la personalidad de sus miembros.[1]

Es para el individuo fuente de amor, satisfacción y apoyo. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud,[1] pues no existen dudas sobre la relación directa que existe entre la salud y la familia en la que está insertado el individuo y las relaciones que se establecen entre sus miembros, lo que repercute en la salud familiar.

Entendemos la salud familiar como un proceso único e irrepetible, que se caracteriza por tener un origen multicausal, donde intervienen elementos socioeconómicos, sociopsicológicos, el funcionamiento familiar y la salud individual de sus miembros.[2]

En este orden de ideas, especial relevancia adquiere el adulto mayor, si se tiene en cuenta que la población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor.

Cuba es ya un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, dado por las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.[3]

La seguridad de los adultos mayores, el fortalecimiento, la armonía y el bienestar de la familia, están mediados en mayor o menor medida por las relaciones que se producen en el interior de la misma, que incluyen múltiples factores: unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos.[4]

De manera que, satisfacer las necesidades de la población anciana en Cuba requiere que las autoridades, organizaciones públicas e instituciones dediquen constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida y el validismo de la población de adultos mayores, que promueva un intercambio con el medio ambiente físico y natural, utilizando además los recursos comunitarios para mejorar la convivencia.[5]

Las casas de abuelos devienen una alternativa de solución viable para el adulto mayor y la familia, a la par que sintonizan con la visión de la nación, al abordar el problema desde una perspectiva integral, dada la implicación del mismo a los diferentes ámbitos de la vida no solo del adulto mayor sino de la familia y su consecuente repercusión en la sociedad.

A pesar de la importancia y creciente complejidad del tema no se encontraron evidencias de estudios en el municipio de Rodas que ubiquen el acento en la complejidad de la dimensión psicosocial de los adultos mayores y sus familias, pues los trabajos investigativos se limitan a su abordaje desde posiciones biologicistas, epidemiológicas, sin centrar el análisis en una realidad cada vez más apremiante: el envejecimiento poblacional, el cual impacta a nivel familiar, por formar parte clave en la dinámica relacional de sus miembros. Sin lugar a dudas esto desdobla los límites y ocupa un aspecto de análisis e investigación, asumiendo la política de trabajo de nuestro país.

La falta de trabajos específicos que aborden el estudio del adulto mayor y su familia en el contexto sociocultural de Rodas, unido a la importancia del tema, el cual constituye un motivo de interés creciente para las ciencias y se aviene a los estudios relacionados con demografía y política social respectivamente, al considerar la implantación gradual de la política para atender los elevados niveles de envejecimiento poblacional en el contexto intrafamiliar y el desarrollo integral y pleno de los seres humanos y donde son fragmentados y dispersos los conocimientos, sustentan la idea de desarrollar la presente investigación, la cual permitió profundizar en esta dirección no indagada y contribuir a llenar ese vacío de conocimientos. Lo descrito en párrafos anteriores constituye argumentos que patentizan la pertinencia, relevancia y trascendencia de la presente indagación científica.

El objetivo de este trabajo es describir resultados del diagnóstico psicosocial de la situación de salud familiar en núcleos con un adulto mayor institucionalizado en casa de abuelos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuanti-cualitativo sobre cinco familias, las cuales tenían entre sus miembros un anciano institucionalizado en casa de abuelos del área de Rodas.

Período de estudio: octubre a diciembre de 2015

De un universo conformado por 16 familias que tenían entre sus miembros un adulto mayor institucionalizado en la casa de abuelos, se seleccionó una muestra a conveniencia conformada por cinco familias.

A fin de establecer mayor nivel de homogeneidad y disminuir las variables confusoras se establecieron los siguientes criterios: formar parte de una familia que de acuerdo a la ontogénesis fuera nuclear, que significa presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más, incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella y según la membresía pequeña, que incluye de 1 a 3 miembros o mediana entre 4 y 6 miembros.[6] Además dar su consentimiento para participar, así como no tener alteraciones cognitivas ni padecer trastornos psiquiátricos. No se tomaron en cuenta los criterios de los miembros que transitaban por la etapa infantil.

Variables y categorías de análisis:

Edad: tiempo que ha vivido una persona.

Nivel de escolaridad: grado al que ha llegado desde el punto de vista escolar una persona.

Ocupación: trabajo u oficio remunerados.

Relaciones interpersonales: interacción recíproca entre dos o más personas, que involucran los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica.[7]

Validismo: capacidad física y mental para desarrollar actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.[8]
Interacción social: vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante, que genera involucramiento en grupos sociales, tiene relación o se potencializa cuando tiene redes de apoyo.[9]

Estados emocionales: experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable que supone una cualidad fenomenológica característica, que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.[10]

Afrontamiento familiar: capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios.[11]

Funcionabilidad familiar: capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.[12]

Apoyo social: conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y especialmente ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades.[13]

Las demás variables se conceptualizan como sigue: (Cuadro 1).

Cuadro 1. Conceptualización, escala y valores de variables

Variable/Categoría de análisis.	Escala y valores
-Edad.	-Entre 20-30 años: edad que se considera que la persona es adulto joven. -Entre 31-45 años: edad que se considera que la persona es adulto medio. -Entre 46-65 años: edad que se considera que la persona pertenece a la involución. -De 66 años y más edad que se considera la persona adulto mayor.
-Nivel de escolaridad.	- Iletrado: si no. - Primario: si no. -Nivel medio: si no. -Medio Superior: si no. - Superior: si no
- Ocupación.	- Dirigente: si no. - Administrativo: si no. -Profesional: si no. -Técnico Medio: si no. -Obrero: si no. -Campesino: si no. -Ama de Casa: si no. -Jubilada: si no
-Relaciones interpersonales.	- Positivo: califica favorablemente las relaciones interpersonales a partir de la incorporación del anciano en casa de abuelos. - Negativo: califica desfavorablemente las relaciones interpersonales a partir de la incorporación del anciano en casa de abuelos.
-Validismo.	- Independiente: logra realizar por sí solo funciones como aseo, alimentación y traslado. - Dependiente: no logra realizar por sí solo funciones como aseo, alimentación y traslado.
-Interacción social.	- Efectiva: incorporado a la vida social activa. - No efectiva: sin incorporarse a la vida social activa.
-Estados emocionales.	- Positivas: predomina la respuesta de optimismo, esperanza, alegría, confianza y seguridad. - Negativas: predomina la respuesta de desesperación, pesimismo, tristeza, inseguridad y miedo.
-Afrontamiento familiar.	-Adecuado: Comportamientos constructivos al asumir actitudes de cambio y favorables a la salud (incluye velar por la salud de todos y cada uno de los miembros), tales como ajuste de roles, flexibilización de las normas establecidas y solicitud de apoyo comunitario o profesional. También se expresa en el modo que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital y tiene un buen ajuste a las exigencias de desarrollo evolutivo. El estilo de afrontamiento constructivo puede acompañarse de una carga emocional que eleva las tensiones, pero no compromete la solución de problemas. [6] -Inadecuado: cuando no cumple los criterios anteriores.
-Funcionabilidad familiar.	- Familia severamente disfuncional de14 a 27 puntos. - Familia disfuncional de 28 a 42 puntos. - Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos. - Familia funcional de 57 a 70 puntos. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar.
- Apoyo Social.	-Apoyo emocional: ítems 2 y 4 -Apoyo Informacional: ítem 3 -Apoyo Instrumental: ítems 8, 7 y 9 -Apoyo Social ítems 5 Se califica de manera global encontrando la puntuación promedio y aplicándola a la escala anterior.

Procedimientos: inicialmente se solicitó la cooperación de las familias para participar en la investigación incluyendo al adulto mayor. La investigación se desarrolló en tres sesiones de trabajo con la previa creación de un clima de rapport y empatía. La primera se inició con la aplicación de la entrevista semiestructurada de manera individual a cada uno de los miembros de la muestra seleccionada, con el objetivo de describir la composición familiar según variables sociodemográficas, identificar criterios de la familia y el adulto mayor sobre la influencia de la inserción del adulto mayor en casa de abuelos y describir las 2 primeras condicionantes de la salud familiar (contexto socioeconómico, así como la composición del hogar).

En un segundo momento se le aplicó entrevista semiestructurada para evaluar el afrontamiento familiar ante los procesos críticos de la vida y la salud, en este último aspecto cabe significar que recoge información sobre los eventos de salud enfermedad. En la última sesión se aplicó el FFsil[13] para la funcionabilidad de la familia y el CAS- 7[14] para constatar la necesidad de apoyo social en la familia**.**

Los datos recogidos se procesaron empleando el análisis de contenido temático para las categorías de análisis, se realizó triangulación de los resultados según las verbalizaciones recogidas. Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentaje.

Consideraciones éticas: Se solicitó la aprobación de la dirección municipal de salud de Rodas para acceder a los adultos mayores institucionalizados en casa de abuelos para la realización de la investigación. Una vez obtenida se solicitó el consentimiento de los adultos mayores y sus familiares para participar en la investigación, informándoles el objetivo de la misma y garantizando la utilización de los datos solo con fines científicos, partiendo de dos premisas durante toda la investigación, el anonimato y la confidencialidad, asumiendo de manera responsable los aspectos que componen la ética médica: justicia social, beneficencia, el respeto a la autonomía y no maleficencia

RESULTADOS

Se muestran características sociodemográficas que poseen los miembros de las familias estudiadas con un adulto mayor institucionalizado en casa de abuelos, en las que predominan adultos mayores (47,36 %) de nivel medio superior (47,36 %)*. En relación al contexto socioeconómico la ocupación se comportó con supremacía de jubilados (42,1%) y técnicos medio (36,8 %). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los miembros de las familias con un adulto mayor según variables sociodemográficas

Edad	**No.**	**%**
De 31 a 45 años. Adulto medio.	4	21,05
De 46 a 65 años. Involución.	6	31,57
De 66 años y más. Adulto mayor.	9	47,36
Niel de Escolaridad		
Primaria	3	15,78
Nivel medio	5	26,31
Medio superior	9	47,36
Superior	2	10,52
Ocupación		
Profesional	1	5,26
Técnico Medio	7	36,84
Ama de casa	3	15,78
Jubilado	8	42,10

n=19. * Las variables que coinciden con el mismo por ciento no significan que concuerda en los mismos sujetos estudiados.
Fuente: entrevista semiestructurada

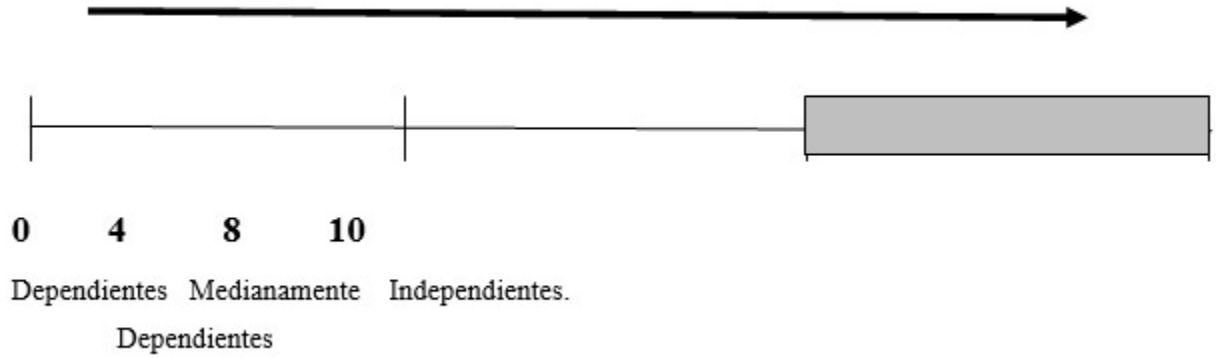
La totalidad cuenta con buenas condiciones materiales de la vivienda. Al analizar la categoría tiempo del adulto mayor en la institución se constató que cuatro de los ancianos llevan entre uno y dos años en la casa de abuelos, mientras que uno lleva cuatro meses.

De las familias estudiadas se precisa una influencia de familias extensas a partir de su ontogénesis y medianas de acuerdo al número de miembros.

En relación a los criterios de los miembros de las familias sobre la influencia de la incorporación del anciano en casa de abuelos, se analizaron los resultados para su mejor conocimiento a partir de las consideraciones de las autoras. Se establecen las siguientes dimensiones para el análisis del objetivo anterior: relaciones interpersonales, validismo, interacción social y estados emocionales.

De los miembros de la familia (F) la mayoría percibe que la incorporación del anciano a la casa de abuelos ha influido positivamente en las relaciones interpersonales, al referir: "...F2 ahora conversamos y nos entendemos mejor, me cuenta de su día e intercambiamos opiniones, antes estaba pendiente de mi nada más", "...F4 ahora se mantiene ocupado por el día y cuando llega se relaciona más y mejor con todos". Además han recuperado niveles mayores de validismo tanto en la casa de abuelos como en el hogar, pues se consideran independientes en funciones como, aseo, alimentación y traslado. A fin de corroborar esta información se les pidió a los adultos mayores que se ubiquen en una escala que indica de manera creciente el validismo recuperado. La totalidad de la muestra se ubicó entre 8 y 10, percibiéndose independiente. El resultado se ilustra a continuación: (Gráfico 1).

Gráfico 1. Percepción sobre validismo de los ancianos



De 0-3 dependientes, de 4-7 medianamente dependientes y de 8-10 independientes.

En cuanto a la interacción social, la mayoría de los miembros reconocen de manera efectiva las posibilidades que ofrece la casa de abuelos para la reincorporación del adulto mayor a la vida social activa. A continuación se citan frases recogidas de los miembros incluida dos del adulto mayor (AM)

-"....AM 2 antes no salía de mi casa, me sentía aislado". "... F4 hemos logrado que mi papá se inserte nuevamente en las actividades de los CDR". "....F5 se incorporó a las reuniones de la Asociación de combatientes"-...."AM5 me siento útil, me buscan para dar ideas sobre albañilería en la escuela de mi nieto (escuela de oficio)"

Respecto a los estados emocionales del adulto mayor se constató que solo en uno de los adultos

mayores, persistía en el momento de la exploración un síndrome ansioso depresivo con seguimiento por el psicólogo y psiquiatra del área (información proveniente de los miembros de la familia) y lleva solo cuatro meses en la institución, el resto manifestó emociones positivas de optimismo, esperanza, alegría, confianza, seguridad, posterior a su incorporación en la casa de abuelos. Esta percepción es compartida tanto por los adultos mayores como por el resto de los miembros que conforman las familias. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los miembros de las familias sobre la influencia de la incorporación del anciano en casa de abuelos a partir del progreso en las dimensiones: relaciones interpersonales, validismo, interacción social y estados emocionales

Dimensiones	Frecuencia	Por ciento
Relaciones interpersonales	19	100
Validismo.	19	100
Interacción social.	19	100
Estados emocionales.	15	78,94

n=19
Fuente: entrevista semiestructurada.

Para describir la salud familiar de la muestra seleccionada, se tomaron en consideración las condicionantes siguientes: el afrontamiento familiar ante procesos críticos de vida, funcionabilidad de la familia, y apoyo social. El contexto socio-económico y la composición del hogar quedaron descritos a través de la entrevista.

En cuanto al afrontamiento familiar, se comprobó que excepto los miembros de una familia (F3), el resto de las estudiadas presenta adecuado afrontamiento familiar de salud y ante los procesos críticos de la vida. A continuación se citan verbalizaciones de los miembros de la familias: "….F1Velamos que se cumpla a cabalidad lo que dice el médico". "….F4 Cuando tenemos dudas o preocupaciones vemos al médico de la familia, sin su criterio no tomamos decisión" "….F3No creo que mantener la limpieza en el hogar es bueno a la salud. (Fuente: entrevista semiestructurada)

Referente a los resultados obtenidos en el FF- SIL se pudo comprobar que 16 de los miembros de las familias (84,2 %) reflejan un nivel de funcionabilidad moderada y solo una familia presenta niveles de disfuncionabilidad (F3). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los miembros de las familias con un adulto mayor según funcionabilidad de la familia

Familia	No.	%
Familia funcional.	-	-
Familia moderadamente funcional.	16	84,21
Familia disfuncional.	3	15,78

n=19
Fuente: Test FFsil

Al analizar el apoyo social se precisó que el 84,2 % de las familias objeto de estudio necesitan entre algo y bastante apoyo social (distribuido en partes iguales, lo cual representa el 42,1 % respectivamente, que corresponde a 8 miembros de las familias, en cada gradiente referido), coincidiendo con la necesidad de apoyo emocional e interpersonal y solo el 15,7 % necesita apoyo material, (un miembro F2 y dos miembros F3). (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los miembros de las familias con un adulto mayor según necesidad de apoyo

Apoyo	No.	%
Apoyo social.	16	84,21
Apoyo emocional e interpersonal.	16	84,21
Apoyo material.	3	15,78

n=19
Fuente: test CAS- 7

DISCUSIÓN

En el presente estudio, al analizar las características sociodemográficas de las familias se constató que predominan los adultos mayores y de nivel medio superior. La totalidad cuenta con buenas condiciones materiales de la vivienda, con prevalencia de familias extensas a partir de su ontogénesis y medianas de acuerdo al número de miembros. Resultados que difieren del estudio realizado sobre "Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores en un círculo de abuelos",[15] en el que predominó la culminación de estudios universitarios y la estructura familiar se caracterizó por la presencia de núcleos de familias pequeñas y bigeneracionales, aunque la calidad de vida que prevaleció fue alta.

Los resultados que se muestran en el presente trabajo coinciden con el promedio de escolaridad de la población cubana y con características demográficas, sociales y culturales de ella. Cuba ostenta uno de los niveles de instrucción más alto de América Latina, respaldado pos sus políticas educacionales posteriores al triunfo de la revolución cubana.

Los autores de la investigación que se presenta consideran que resultó importante conocer, dentro de las variables sociodemográficas que se estudiaron, cómo se distribuyó la edad: adultos mayores, pues de acuerdo con la literatura revisada la edad representa un modulador importante en el proceso salud enfermedad. El propio tránsito por esta etapa del ciclo vital, unido a la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas y funcionales, así como el predominio de familias extensas pudiera repercutir en la dinámica de las relaciones al interior de la familia, aristas que no se pueden soslayar si se desea tener una perspectiva integradora para el manejo de esta realidad que se estudia.

La categoría tiempo del adulto mayor en la institución constituye un indicador importante frente a los cambios favorables y constructivos que ejerce la institución en la tercera edad, lo cual promueve el desarrollo cognitivo y el bienestar biopsicosocial del adulto mayor, con gran repercusión para la familia y la sociedad.

El estudio que se presenta armoniza con el estudio sobre "Interrelación de la familia con adulto mayor institucionalizado"[16] en el que se demostró que el 66 % considera de buenas las relaciones con sus familiares, ya que la presente investigación percibe que la incorporación del

anciano a la casa de abuelos ha influido positivamente en las relaciones interpersonales, además se favorece el validismo del anciano tanto en la institución como en el hogar, posterior a su inserción. Contrario a estos resultados se muestran los referidos en el estudio sobre "Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar en Colombia".[17]

A juicio de los investigadores del estudio que se muestra las relaciones interpersonales al interior de la familia posibilitan la transferencia de valores de una generación a otra, a la par que promueven la protección y cooperación entre sus miembros. Por tanto, la dinámica relacional le confiere al hogar un clima atractivo, de confianza y satisfacción y actúa como factores de prevención de riesgos en tanto constituye el espacio propicio para el equilibrio y el desarrollo de habilidades de autonomía personal y social entre sus miembros.

El trabajo "Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní"[18] destaca que la totalidad de los adultos mayores se encuentran satisfechos con la institución, lo cual resulta favorable para su adaptación al medio social. En equilibrio con el citado trabajo está la actual investigación en la que la mayoría de los miembros reconocen las posibilidades que ofrece la casa de abuelos para la incorporación del adulto mayor a la vida social activa.

Los estudiosos del trabajo que se presenta consideran que la interacción social es un factor protector que disminuye los efectos de circunstancias que pudieran generar malestar en el individuo. Es un proceso dinámico, que promueve en las personas la inclusión y con ello el bienestar psicológico.

Respecto a los estados emocionales no existen dudas que constituyen factores moduladores de los comportamientos salutogénicos. El presente estudio pone de relieve emociones positivas que manifiestan los adultos mayores. Concuerda con los resultados anteriores un estudio sobre el funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad, en el que hallaron que la cohesión familiar y la felicidad se encuentran relacionadas de manera positiva.[19]

Las vivencias de estados emocionales positivos en los pacientes del estudio pudieran estar sustentados por la influencia que ejerce la casa de abuelos en el anciano y la modificación favorable en los comportamientos habituales, lo que sin lugar a dudas no solo favorece la propia salud física y con ello reduce el agravamiento de las enfermedades mediado por su estado de vulnerabilidad, sino también su salud mental, lo que impacta en el núcleo familiar favorablemente.

El carácter de grupo de génesis de influencias educativas que tiene la familia, y el enfoque de sistema con el cual comprendemos la vida familiar, conduce a la siguiente reflexión: el afrontamiento ante los procesos críticos de los integrantes de la familia produce una resonancia en el grupo, un efecto multiplicador que se disemina pero se expresa en forma cualitativamente diferente que la respuesta individual, su manifestación no es homogénea pero tiende a configurar un estilo relativamente estable de afrontar como grupo, los procesos críticos de la vida familiar.[13]

El presente trabajo describe que la mayoría de los miembros de las familias estudiadas presentan adecuado afrontamiento familiar de salud y ante los procesos críticos de la vida.

Los autores del estudio que se muestra están en consonancia con los autores del trabajo sobre "Estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido de vida" al resumir que "el ser humano es un ser bio-psico-social y desde este punto de vista es fundamental tener una buena red de apoyos, así como unas estrategias de afrontamiento adaptadas y un sentido de vida desarrollado para poder hacer frente a las diferentes situaciones de la vida.[20]

Sin lugar a dudas un indicador favorable lo constituyen los modos de afrontar determinados sucesos, situaciones o eventos de la vida. Así, en el caso que nos ocupa, el grupo familiar dispone de recursos adecuados, constructivos, que se traducen en actitudes, conductas, para hacerle frente a una etapa del ciclo vital o un problema de enfermedad de alguno de sus miembros, que les permite movilizarse y tomar decisiones sobre los problemas para ajustarse y adaptarse a las circunstancias, de manera que las respuestas individuales de cada integrante de la familia tiene una traducción a la vida familiar.

Estudiosos de la psicología de la familia y terapeutas familiares han acuñado el término funcionamiento familiar para denominar el

carácter y la calidad de las relaciones intrafamiliares.[13]

La investigación realizada arroja que la mayoría de los miembros de las familias estudiadas presentan un nivel de funcionabilidad moderada. Coincide el estudio con el referido a la "Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores", al identificar correlación entre la funcionalidad familiar y la salud psicológica de los participantes.[21]

Los autores del trabajo coinciden en que la familia es un sistema dinámico y complejo, en el que cada integrante del núcleo familiar está en permanente intercambio entre sí y a la vez cada uno con los disímiles grupos e instituciones de la sociedad. Esta reciprocidad de influencias modela todo un entramado de comportamientos que caracteriza la manera de relacionarse la familia basada en: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol, entre otros indicadores.

Estos comportamientos se convierten en un instrumento diario de evaluación y en la medida que más ajustados y exitosos transiten los miembros por las diferentes etapas del ciclo vital y generen alternativas de solución a las crisis o conflictos que enfrenten como grupo, lo que incluye identificarlas y solicitar ayuda especializada, se convertirá en una predicción de la salud familiar e individual.

La familia constituye la fuente de apoyo más importante que posee el individuo a través de toda su vida y por tanto se reconoce que esta instancia ejerce función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.[13]

El apoyo social juega un importante papel, tanto en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, como en la mejoría, restablecimiento y optimización de la salud.[13]

Los autores sobre "Percepción de apoyo familiar de adultos residentes en establecimientos de larga estadía",[22] concluyen que el bienestar del adulto mayor institucionalizado refleja estar relacionado con el apoyo de familiares y una buena relación con ellos. El apoyo familiar mejora la calidad de vida y favorece la adaptación al lugar de residencia.

El estudio relacionado con la Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores en un círculo de abuelos,[8] muestra que predominó el apoyo social alto, constituyendo la familia la principal fuente generadora de apoyo para este grupo.

Aunque la variable apoyo social en los trabajos anteriores es analizada directamente desde la percepción del adulto mayor, comparativamente guarda relación con el que se presenta, ya que la mayoría que representa el 84,2 % de las familias objeto de estudio que cuenta entre sus miembros con un adulto mayor, necesitan entre algo y bastante apoyo social (distribuido en partes iguales representando el 42,1% respectivamente que corresponde a 8 miembros de las familias, en cada gradiente referido), coincidiendo con la necesidad de apoyo emocional e interpersonal y solo el 15,7 % necesita apoyo material.

El determinante familiar ejerce marcada influencia en el desarrollo de cada miembro de la familia, en especial el anciano, pues el apoyo que provee la familia representa un importante indicador de cara al proceso salud-enfermedad, ya que deviene soporte y primera red de apoyo a través de toda su vida y, por lo tanto ejerce función preventiva de enfermedades o agravamiento de las mismas, por constituir en el estudio que nos ocupa, último abrigo y refugio de la vida.

Se puede concluir que las casas de abuelos representan un espacio importante para elevar el bienestar de vida del adulto mayor, la familia y la sociedad en general, lo cual está en perfecta sintonía con el eje estratégico referido a: desarrollo humano, equidad y justicia.

En los miembros de las familias estudiadas se observa un predominio de adultos mayores, de nivel medio superior, con supremacía de jubilados y técnicos medio. Presentan buenas condiciones materiales de la vivienda y la mayoría se encuentra entre uno y dos años en la casa de abuelos.

La mayor parte de la muestra objeto de estudio percibe que la incorporación del anciano a la casa de abuelos ha influido positivamente, a partir del progreso de sus dimensiones relaciones interpersonales, validismo, interacción social y estados emocionales.

La generalidad de los sujetos estudiados perciben adecuado afrontamiento familiar de salud y ante los procesos críticos de la vida, con un nivel de funcionabilidad moderada mayormente, solo los miembros de una familia

presentan niveles disfuncionales. En las dos condicionantes antes referidas coincide la misma familia (F3), afectada en el afrontamiento familiar y la funcionabilidad. La necesidad de apoyo social se comportó principalmente entre algo y bastante respectivamente, coincidiendo con la necesidad de apoyo emocional e interpersonal y solo una minoría precisa apoyo material.

Conflicto de intereses

Los autores plantean que no presentan conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: María Elena Reina Suárez, Maricel Abad Sainz

Curación de datos: María Elena Reina Suárez, Janet del Carmen Sarmiento Sánchez.

Análisis formal: María Elina Espinosa Sosa, Lázaro Santana Capey

Investigación: María Elena Reina Suárez, Maricel Abad Sainz.

Metodología: María Elena Reina Suárez, Nuvia Mercedes Rivero Rodríguez.

Administración del proyecto: María Elena Reina Suárez.

Supervisión: María Elena Reina Suárez, Janet del Carmen Sarmiento Sánchez.

Validación y Verificación: María Elena Reina Suárez.

Visualización: María Elina Espinosa Sosa, Nuvia Mercedes Rivero Rodríguez

Redacción del borrador original: María Elena Reina Suárez, Maricel Abad Sainz

Redacción, revisión y edición: María Elena Reina Suárez, Janet del Carmen Sarmiento Sánchez.

Financiación

Centro Universitario Municipal Rodas. Cienfuegos, Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fusté Bruzaín M. Sistema de acciones de educación familiar para la promoción del bienestar psicológico en adultos mayores institucionalizados. Santa Clara, 2019 [Tesis]. Villa Clara: Universidad Central Martha Abreu de Las Villas; 2019. [cited 4 May 2020] Available from: https://dspace.uclv.edu.cu/handle/123456789/11773.

2. Herrera Santí P. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García; 2010. [cited 4 May 2020] Available from: http://tesis.sld.cu/FileStorage/000290-468F-Herrera_Santi.pdf.

3. Amaro MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [revista en Internet]. 2016 [cited 4 May 2020] ; 6 (2): [aprox. 24p]. Available from: http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/340.

4. Martínez Sánchez I, Cardoso Vidal Y, Quintero Rodríguez H. El adulto mayor en la familia. su relación con los más jóvenes. Rev Cubana Enfermer. 1999 ; 15 (1): 44-50.

5. Villafuerte-Reinante J, Alonso-Abatt Y, Alonso-Vila Y, Alcaide-Guardado Y, Leyva-Betancourt I, Arteaga-Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [revista en Internet]. 2017 [cited 28 Feb 2017] ; 15 (1): [aprox. 7p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3239.

6. Álvarez Sintes R. Medicina General Integral. V II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.

7. Huallpa Vargas G. Clima familiar y su influencia en las relaciones interpersonales de los estudiantes de la Institución Educativa Secundaria San Juan Bosco Salcedo [Tesis]. Puno: Universidad Nacional del Altiplan; 2018. [cited 5 Mar 2020] Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7808.

8. Reguera Naranjo J. Autonomía y validismo en

la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 ; 17 (3): 222-6.

9. Durán D, Orbegoz LJ, Uribe A, Uribe J. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Universita Psycholological. 2008 ; 7 (1): 263-70.

10. Chóliz Montañés M. Psicología de la emoción. El proceso emocional. Valencia: Universidad de Valencia; 2010.

11. Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana de Salud Pública. 2005 ; 31 (4): 12-6.

12. Hernández Castillo L, Cargill Fóster NR, Gutiérrez Hernández G. Funcionabilidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior. SALUD EN TABASCO. 2012 ; 18 (1): 14-23.

13. Louro Bernal I. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004. [cited 28 Feb 2020] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_isabel_louro.pdf.

14. Quintana V. Caracterización del apoyo social percibido en una población de sujetos deprimidos. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.

15. Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández NA. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2016 [cited 5 Jun 2019] ; 20 (1): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012.

16. Rodríguez Riscart M, Guerra Ruiz B. Interrelación de la familia con adulto mayor institucionalizado. La Habana: SOCUDEF; 2019.

17. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández K, Campo Torregroza E, Martín Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Colombia: Gerokomos; 2017. ; 28 (3): p. 135-9.

18. Fusté Bruzaín M, Pérez Inerárity M, Paz Enrique LE. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. NOVEDADES EN POBLACIÓN. 2018 ; 27: 1-9.

19. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. Rev Peru Psicol Trab Soc. 2017 ; 3 (1): 61-74.

20. Francisco Silva I. Estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido de vida en adultos mayores de 65 años [Tesis]. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2016. [cited 5 Jun 2019] Available from: http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1231/Isolina Francisco Silva.pdf?sequence=1.

21. Troncoso Pantoja C, Soto-López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horiz Med. 2018 ; 18 (1): 23-8.

22. Gempp L, Benadof D. Percepción de apoyo familiar de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía. Rev Chil Salud Pública. 2017 ; 21 (2): 142-9.