

# Salud familiar en familias con personas mayores en Funza, Cundinamarca<sup>1</sup>

Vilma Florisa Velásquez G.<sup>2</sup>  
María Consuelo del Pilar Amaya Rey<sup>3</sup>

- 1 Artículo de investigación. Recibido para evaluación: 30 de agosto de 2011. Revisado: 1 al 10 de septiembre de 2011. Aceptado para publicación: 16 de septiembre de 2011.
- 2 Enfermera MSc. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Investigadora del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: vvelasquez@bt.unal.edu.co.
- 3 Enfermera. MSc en Enfermería. Doctora en Filosofía. Profesora titular emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Investigadora del Grupo de Investigación Cuidado y Práctica de Enfermería, Salud Familiar, Enfermería Familiar y Medición en Salud. Correo electrónico: mcamayad@unal.edu.co o p\_amaya\_rey@yahoo.com.

Bogotá (Colombia), 13 (2): 11-26, julio-diciembre de 2011

11

## Resumen

**Objetivo:** Describir la salud familiar en las familias con personas mayores en el municipio de Funza. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. Muestra de 71 familias seleccionadas por conveniencia. Se utilizó el Instrumento de Salud Familiar (ISF GEN: 25). **Resultados:** Más de la mitad de las familias son extensas, distribuidas como extensas modificadas (47%) y extensas (16%); predominan los ciclos familiares con adultos (45%), adolescentes (28%) y la familia anciana conformada por la pareja de personas mayores (11%). Las personas mayores y las mujeres son quienes se perciben más enfermos, al igual que las personas mayores que viven en pareja (81%), que pertenecen a familias extensas modificadas (61%), en familias nucleares (60%) y atípicas (60%). El centro de salud es el principal sistema de apoyo de las familias (83,1%). Casi la mitad de las familias se consideran poco saludables (47,9%) frente a sentirse satisfechas (51%) y altamente satisfechas (17%). **Discusión y conclusiones:** El estudio indica que las familias con personas mayores se clasifican en saludables y satisfechas. La participación de las personas mayores en una organización social no repercute en la mejor percepción del estado de salud y la satisfacción de la familia, contrario a otros estudios que registran beneficios familiares al ser participantes en organizaciones sociales. La salud familiar que refleja interacción interna en familia es relevante para enfermería, pero necesita mayor investigación e inclusión en los programas de salud individual, pública y los programas de formación de profesionales de la salud.

**PALABRAS CLAVE:** familia, adulto mayor, enfermería, investigación.

**CITAR COMO:** Velásquez VF, Amaya Rey MCP. Salud familiar en familias con personas mayores en Funza, Cundinamarca. *Investig Enferm. Imagen Desarro.* 2011;13(2): 11-26.

## Family Health in Families with Elderly People in Funza, Cundinamarca

### Abstract

**Objective:** To describe the family health in families with elderly in the municipality of Funza. **Materials and methods:** Descriptive transverse study with quantitative boarding and a sample of 71 families selected by convenience. It was used the Instrumento de Salud Familiar (ISF GEN: 25). **Results:** More than a half of the families are extensive, distributed as modified extensive (47%) and extensive (16%), there predominate family cycles with adults (45%), teenagers (28%) and the old family formed by a couple of elderly (11%). The elderly and women are the ones who looked more sick, as well as old people who live in couples (81%), who belong to extensive modified families (61%), nuclear families (60%) and atypical (60%). The Health Center is the main support system for the families (83.1%). Almost half of the families consider themselves very little-healthy (47.9%) satisfied (51%) and highly satisfied (17%). **Discussion and Conclusions:** The study shows that families with elderly are classified as healthy and satisfied. The participation of elderly in a social organization does not have an effect on a better perception of health condition and family satisfaction, opposite to other studies that register family benefits from participating in social organizations. Family health that reflects internal interaction in family is a very relevant area for Nursery, but requires more investigation and inclusion in individual health programs, public health programs and education programs for health professionals

**KEY WORDS:** Family health, elderly, nursery.

## Saúde da família em famílias com idosos em Funza, Cundinamarca

### Resumo

*Objetivo:* Descrever a saúde familiar das famílias com idosos no município de Funza. *Materiais e métodos:* Estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. A mostra foi de 71 famílias selecionadas por conveniência. O instrumento utilizado foi Saúde da Família (ISF GEN25). *Resultados:* Mais da metade das famílias são extensas, distribuídas como extensas modificadas (47%) e extensas (16%). Predominam os ciclos familiares com adultos (45%), adolescentes (28%) e a família idosa, constituída por o casal e os idosos (11%). Pessoas mais velhas e mulheres são os que se percebem mais doentes, bem como os idosos que vivem com um parceiro (81%), que pertencem as famílias extensas modificadas (61%), em famílias nucleares (60%) e atípicos (60%). O centro de saúde é o principal sistema de apoio de famílias (83,1%). Quase a metade das famílias se percebe como pouco saudáveis (47,9%) em relação como se sentir satisfeitas (51%) e muito satisfeitas (17%).

**PALAVRAS CHAVE:** família, idosos, pesquisa, enfermagem.

## Introducción

El envejecimiento de la población es un proceso mundial, en que la proporción de las personas de sesenta años de edad y más va en aumento. Se proyecta que en el año 2050 aumentará al 21% (1,2), principalmente influenciada por el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad. De esto se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto influye en el incremento del tiempo dedicado a ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros) y a las actividades personales, profesionales y de ocio; junto con una prolongación de edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos, al reducirse el número de miembros de la familia potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada. Igualmente, ello genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y a un aumento de los hogares con personas mayores (3,4):

*Para los(as) viejos(as), la familia es la principal fuente de satisfacción. Las personas mayores conocen perfectamente el papel de cada uno de los miembros, según la estructura tradicional, y siguen actuando en consecuencia. En cambio el resto de miembros de la familia organizan su realidad social a partir de redes en que los grupos de edad revisten una importancia central. (5)*

Tal como afirma Wong (6), el apoyo familiar gana importancia relativa, sobre todo entre los grupos con bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional. En la edad avanzada se prefiere la residencia con compañía, especialmente familiar, debido a que con la edad disminuyen las capacidades para hacer frente de manera independiente a las necesidades de la vida diaria y a que las familias jóvenes tienen menos probabilidad de independizarse y constituyen su hogar junto a sus ascendientes (4).

En este sentido, es significativo que, en varios países de la región —como Argentina, Colombia, Nicaragua, Panamá y Paraguay— la familia extensa haya aumentado su participación, porque responde al hecho de “que las familias extendidas oculten otros núcleos familiares secundarios: hijos/as que no habían logrado constituir sus propias familias y, en especial, la existencia de madres adolescentes” (7). También pueden ocultar a adultos mayores que han buscado protección por medio de nuevos arreglos familiares.

En la actualidad, existe una crisis del cuidado de las personas, relacionada con el aumento del número de personas que, por su condición

de salud, necesitan del cuidado de otros (niños, enfermos, personas mayores o con alguna discapacidad); con la disminución de la proporción de personas (mujeres) que están en condiciones de proveer en las familias el cuidado, y con la reivindicación de las mujeres de no ser las únicas y omnipresentes cuidadoras en la sociedad, confinadas al ámbito de la casa y a los roles tradicionales asociados a la maternidad y la feminidad. Así mismo, al exteriorizarse el trabajo doméstico y de cuidado, se suele traspasar dicha obligación a otras mujeres dentro de las fronteras del hogar (servicio doméstico) y fuera de este, principalmente en los servicios de salud y educación públicas y privadas (8).

Históricamente, la familia en América Latina ha desempeñado un papel importante en el cuidado de las personas mayores:

*[...] se ha desempeñado como institución proveedora de protección social, donde ocupan principalmente dos ámbitos: uno específico —estrechamente vinculado con el proceso de crianza y formación de los hijos— y otro complementario —que está dado por la protección que presta como complemento o sustituto de la que ofrecen los otros agentes, frente a eventos adversos que afectan a sus miembros, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias—. Esta labor se ha destacado por la protección particularmente activa en los países en desarrollo, en particular por su creciente exposición a oscilaciones macroeconómicas, a riesgos emergentes en un contexto de débil protección pública y pobreza extendida. (9)*

Para las personas mayores, entre los mecanismos de apoyo que reciben de su familia, el más relevante es la convivencia, que involucra no solamente albergue y comida, sino tiempo y servicios. Así, la familia se convierte en una fuente de apoyos múltiples (9). A su vez, en las últimas décadas del siglo XX, la familia se ha visto sometida a profundas transformaciones, como la diversificación de las tipologías familiares, la transformación del modelo de varón proveedor-mujer cuidadora, el aumento de las familias con mujeres jefes de hogar y la reducción del tamaño promedio de las familias (9).

Se argumenta que el tamaño del hogar guarda una relación inversa con el ingreso (10), que la composición del hogar afecta la distribución de recursos disponibles en la familia (así como algunos aspectos emocionales de sus integrantes) y que el tamaño del hogar y el sexo del jefe del hogar están asociados frecuentemente con diferentes grados de bienestar familiar (11). A pesar de estos cambios, la familia continúa siendo un pilar fundamental en el régimen de bienestar de la sociedad latinoamericana (12) y colombiana.

Los colombianos reconocen que las familias son una fuente clave de apoyo ante la incertidumbre. Para el 53% la unión familiar es producto de la necesidad de supervivencia y de la tradición (10). En las familias extensas existe “un alto grado de cooperación”, pues al fin y al cabo “son más las razones para permanecer unidos que para disociarse” (13), como estrategia para sobrevivir.

Algunos estudios sobre la salud familiar en familias con personas mayores reportan: disfunción familiar en el 67% de los participantes, relacionado con el alto grado de estrés psicosocial que viven estas personas y sus cuidadores o familias. El estrés psicosocial crónico en el cuidador es un factor de riesgo para facilitar con el tiempo el síndrome de maltrato al anciano (14).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (11) muestra cómo un 10% de los hogares son unipersonales; el 55%, nucleares completos, incompletos y de parejas sin hijos; el 31%, hogares extensos (completa-incompleta, jefe con otros parientes), y el 4%, compuestos (tabla 1). Para establecer la funcionalidad del individuo en la familia, se utilizó el test de Apgar familiar, que reportó que un 34% de los adultos mayores está muy satisfecho con su vínculo familiar, y otro 34%, simplemente satisfecho. Un 20% se calificó conforme y un 10% se encuentra insatisfecho. La calificación promedio se situó en 3,9 (el menor grado de satisfacción lo tuvieron las personas separadas y solteras, de los hogares unipersonales, o cuando no son parientes del jefe del hogar). Además, hay un 14% del total de adultos mayores que son beneficiarios de algún programa alimentario del Estado y el 8% recibe alimentos dentro del programa de protección social al adulto mayor.

Tabla 1. Distribución porcentual del tipo de familia y grado de salud familiar total en cinco estudios

Caracterización de las familias por tipo/grado de salud y satisfacción	Estudio 1 (n = 100)	Estudio 2	Estudio 3	Estudio 4 (n = 71)	Estudio 5 (n = 71)
Tipo de familia					
Familias nuclear, nuclear modificada y parejas	46	68	25	14	15
Extensa, extensa modificada y atípica	44	32	75	86	85

Continúa

Caracterización de las familias por tipo/grado de salud y satisfacción	Estudio 1 (n = 100)	Estudio 2	Estudio 3	Estudio 4 (n = 71)	Estudio 5 (n = 71)
Grado de salud					
Muy saludable	31	4	41	29	19
Saludable	19	29	18	15	6
Poco saludable	50	67	41	56	75
Grado de satisfacción					
Altamente satisfecha	39	2	12	47	42
Satisfecha	41	67	49	38	33
Poco satisfecha	20	31	39	15	25

E1: Susa, 2003 (15); E2: Villavicencio, 2001 (16); E3: Bogotá, 2003 (17); E4 y E5: Bogotá, 2005 (18,19).

Fuente: investigaciones sobre *Caracterización de las familias con personas mayores*, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería.

La tabla 1 muestra cinco investigaciones del área de la salud familiar centradas en familias con personas mayores, realizadas en un municipio de Cundinamarca y dos ciudades capitales de Colombia, en que se observa predominio de las familias extensas, extensa modificada y atípica, especialmente en Bogotá. Se destaca la percepción poco saludable en las familias con personas mayores funcionales de las ciudades de Bogotá (E5) y Villavicencio (E2), beneficiarias de programas estatales de Adulto Mayor y una alta satisfacción percibida por las familias de Bogotá con personas mayores con discapacidad (E4) y funcionales (E5), al igual que las familias del área rural del municipio de Susa (E1).

Por lo anterior, la importancia del presente estudio radica en que la atención en salud ocurre en el ámbito familiar y su contribución es particularmente importante para el cuidado de las familias, sobre todo en aquellas con personas mayores. Estas requieren una atención continua y prolongada, por razones de tipo económico, social y de salud; pero también se auxilian mediante las redes sociales de apoyo para mantener vínculos afectivos y conservar información estratégica en la cotidianidad. En conjunto, la familia (al asociarse) asegura que se preserve, al menos, una parte de cierta calidad de vida, en un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja e insuficiente cobertura, con una sobrecarga para la institución familiar que, “además de hacerse cargo de atender las necesidades de las personas de edad

avanzada, asume la responsabilidad de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales, en forma de dispositivos de protección y de cohesión” (20).

## Materiales y métodos

Para caracterizar a las familias se conceptuó sobre la salud familiar, basándose en la teoría de enfermería *organización sistémica*, de Friedemann (21), a partir del grado de salud familiar —en términos de lo que la familia habitualmente ejecuta y hace— y el grado de satisfacción con lo que la familia hace y ejecuta. Esta se determina por la medición de las acciones relativas a las dimensiones de mantenimiento, cohesión, cambio e individuación (22). El mantenimiento incluye todas las acciones que sustentan el sistema y lo protegen de los cambios amenazantes. El cambio está constituido por las acciones conscientes de la persona, que llevan a la toma de decisiones para aceptar o integrar, o no, cierta información, para cambiar o reemplazar valores, actitudes y conductas. La cohesión se refiere a la unión de los subsistemas de una persona con el todo unificado y las conductas necesarias para mantener la unidad. La individuación incluye las actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte del individuo y el sentido de tener un propósito en la vida (21).

El Instrumento de Salud Familiar General (ISF GEN 25) ha sido sometido a la prueba psicométrica de Kruder y Richardson F-20, con un coeficiente alfa de 0,82; una validez concurrente confirmada por correlaciones significativas entre el Apgar-ASFE (Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar), y validez predictiva confirmada con el índice de participación en cuidados prenatales. El instrumento presenta validez de constructo y de contenido (23).

El presente estudio es descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo. De la población constituida por 130 familias, se tomó la muestra por conveniencia de 71 familias de los beneficiarios y potenciales beneficiarios del programa Atención Integral al Adulto Mayor, distribuidas en 29 familias de adultos mayores que acuden al centro día, 13 familias que reciben apoyo domiciliario y 29 familias de los potenciales beneficiarios que cumplieron con los criterios de inclusión: familia con personas mayores; residentes en Funza; beneficiarias o potenciales beneficiarias del programa de Atención Integral al Adulto Mayor; participante cualquier miembro de la familia mayor de 18 años con capacidad física y mental para responder los instrumentos; familias correspondientes a estratos 1, 2 y 3, con deseo voluntario de participar y firmar



el consentimiento, y al menos un año de permanecer en la familia. La recolección de datos se realizó en el hogar de cada adulto mayor, entre junio y agosto del 2003.

Previo a la recolección de la información, se solicitó autorización a la dra. Pilar Amaya para aplicar los instrumentos de Riesgo Familiar Total: 7-70 (24) y a la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Funza. Se aplicó una prueba piloto a cinco familias con adultos mayores, en la que se calculó el tiempo promedio para cada familia, la forma correcta de hacer las preguntas y prever las dificultades como el desplazamiento, las distancias, la dificultad para encontrar las direcciones y la presencia de adultos mayores solos, enfermos y con incapacidad de responder el instrumento.

El desarrollo del estudio se ajustó a la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud. Especialmente, prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, quienes firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo la autorización de la Secretaría de Desarrollo Social y de la autora de los instrumentos.

## Resultados

Las 71 familias estudiadas presentaron un total de 319 personas. Más de la mitad son usuarias del programa de Atención Integral al Adulto Mayor (59%), del cual reciben apoyo en el centro día (41%) o en el domicilio (18%). Las restantes familias son potenciales beneficiarias del programa. El promedio de personas por familia es de cuatro. Más de la mitad de las familias son residentes de más de diez años en el municipio (62%). Las personas mayores corresponden al 30% de las personas que integran las familias (11%, hombres, y 19%, mujeres).

El promedio de edad en las familias es de 39 años. La población está entre los 19 y los 59 años, y las personas económicamente activas representan el 39,7%, lo que indica una fuerte relación de dependencia, posiblemente por el alto porcentaje de personas mayores (30,4%) en las familias. El centro de salud es valorado como el principal sistema de apoyo (83,1%), significativo para un alto porcentaje de familias, porque tiene la capacidad de resolver enfermedades crónicas que aquejan a la mayoría de adultos mayores en estas familias. Casi la mitad de la tipología familiar corresponde a extensas modificadas (47%), seguidas por las nuclear modificada (16%) y atípicas (13%) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución del tipo de familia

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Extensa modificada	33	46,5
Nuclear modificada	11	15,5
Atípica	9	12,7
Nuclear	8	11,3
Pareja	8	11,3
Extensa	2	2,8
Total	71	100,0

Fuente: Resultado según instrumento RFT 7-70, Funza, Cundinamarca (2003).

Las personas percibidas con mejor salud son los niños (83%), los jóvenes (65%), los hombres (57%), las personas no afiliadas al sistema de salud (82%), las vinculadas (63%) y las afiliadas al régimen contributivo (62%), al igual que las que pertenecen a la tipología de familia extensa modificada (61%). Las personas que se perciben más enfermas son los ancianos (89%) y las mujeres (43%).

Las instituciones de apoyo a la familia más reconocida son el centro de salud, los grupos religiosos, la casa vecinal y la Universidad Nacional de Colombia, que hacen frente a problemas concretos de las familias, al brindar apoyo emotivo, a través de estimular el sentido de pertenencia y estima personal; apoyo estratégico, haciendo frente a problemas de las familias, y apoyo material, mediante la prestación de servicios y provisión de bienes como es el sector salud y el programa de adulto mayor.

### Escala de organización familiar

Como se planteó cuando se definieron las categorías, la conjugación de las acciones de cada individuo y dentro de la familia define el grado de organización como parte de la salud familiar total. Casi la mitad de las familias se perciben poco saludables (48%), frente al 32% que se percibe altamente saludable, y el 20%, saludable. Ello indica que solo el 52,1% de las familias se perciben saludables. Tales resultados están cercanos a los encontrados en el municipio de Susa, de poco saludable (48%).

Las 34 familias que puntuaron poco saludables, poco trabajan para mantener el sistema y la dimensión de individuación, como se observa en tabla 3. En esta misma tabla, se observa alta cohesión y cambio en las familias estudiadas; mientras que los promedios de la dimensión de individuación y mantenimiento muestran mediana puntuación e indican que es donde menos trabaja la familia. El promedio alcanzado

por las familias evaluadas expresa el grado de salud familiar total, que fue de 77,43 puntos, es decir, son familias saludables. Esto indica que se deben implementar acciones de mantenimiento: definir y cumplir con los roles asignados, compartir actividades juntos (como dormir, realizar ejercicios, comer, trabajar o descansar), que den a las personas un sentimiento trabajo colectivo en función de la familia como un todo, y otras encaminadas a fortalecer las relaciones de cada uno de los miembros con el ambiente externo, respetando la autonomía y acciones para el crecimiento individual que expandan el horizonte de las personas.

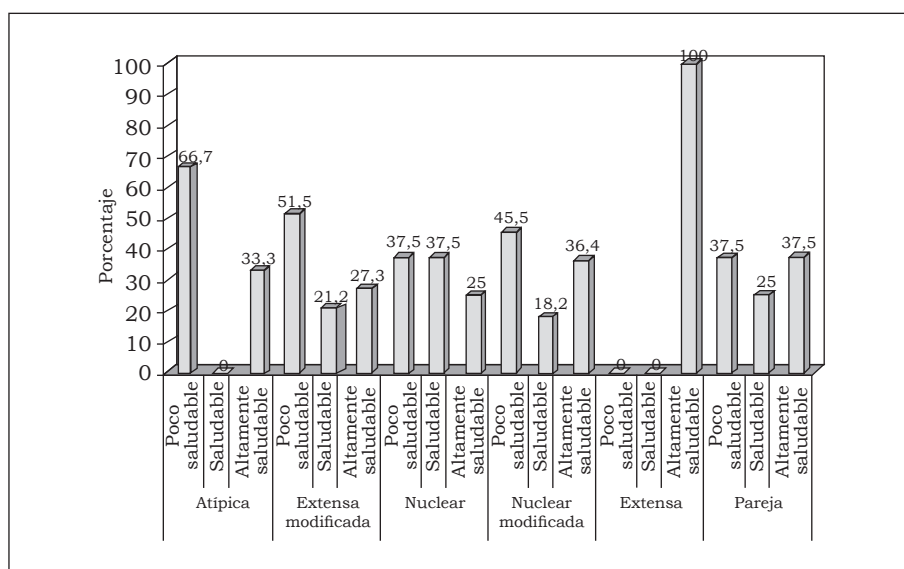
Tabla 3. Resultados las dimensiones del ISF-GEN 25: escala de acuerdo

Dimensiones de proceso	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cambio	10	28	21,18	4,08
Cohesión	7	7	22,99	5,48
Individuación	8	8	18,03	3,89
Mantenimiento	7	7	15,23	2,93
Total escala de acuerdo	33	97	77,43	4,56

Fuente: resultado según el instrumento ISF-GEN 25 (Funza, Cundinamarca, 2003).

La figura 1 presenta el porcentaje de familias por tipología que se clasificaron como altamente saludables, saludables y poco saludables.

Figura 1. Distribución de la escala según la tipología familiar



Fuente: resultado según el instrumento ISF-GEN 25 (Funza, Cundinamarca, 2003).

Es interesante cómo el 100% de familias extensas se consideran altamente saludables; contrario a las familias atípicas y extensas modificadas, que se consideran poco saludables en 66,7% y 54,5%, respectivamente. Las familias nucleares, nuclear modificada y parejas tienen una distribución porcentual similar, en que cada categoría no excede el 45% del total.

### Escala de satisfacción

La escala de satisfacción representa y significa el grado de satisfacción de la unidad familiar con lo que hace en la vida cotidiana, expresado en la escala de satisfacción por cada una de las dimensiones. De los resultados se conoció que el 68% de las familias con personas mayores se perciben satisfechas con lo que hacen en las dimensiones de proceso, y de estas el 17% se considera altamente satisfechas. Estos son resultados cercanos a los encontrados en Villavicencio, donde las familias se sienten satisfechas (69%) y las personas mayores acuden a un programa estatal.

La tabla 4 presenta el puntaje alcanzado para identificar y expresar el grado de satisfacción. Se identifica que las dimensiones de cohesión y cambio son las que más influyen en el grado de satisfacción. El promedio del puntaje total hallado fue de 69,3, es decir, son familias satisfechas según la clasificación de Amaya de Peña (25).

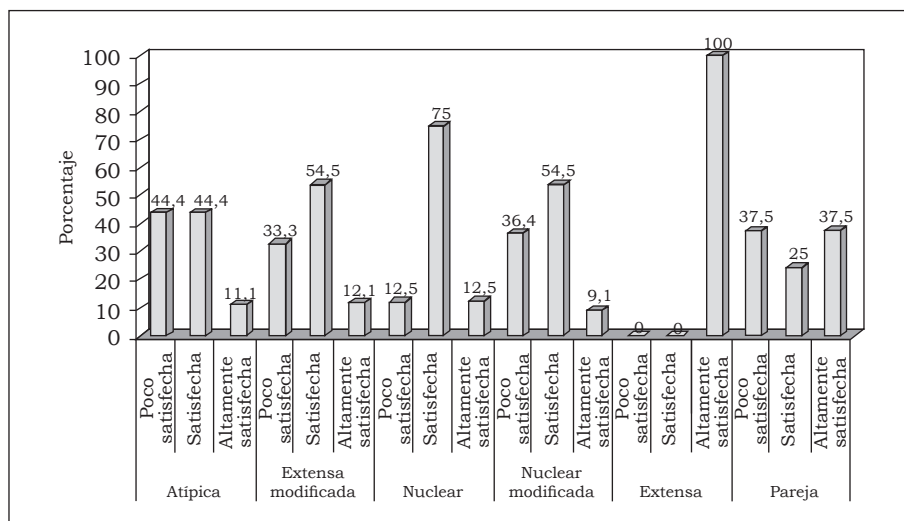
Tabla 4. Escala de satisfacción según las dimensiones del ISF-GEN 25

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cohesión	7	7	20,25	5,27
Cambio	7	26	18,79	3,81
Individuación	6	6	16,15	3,43
Mantenimiento	5	5	14,15	2,99
Total	25	96	69,30	14,40

Fuente: resultado según el instrumento ISF-GEN 25 (Funza, Cundinamarca, 2003)

La figura 2 presenta el porcentaje de familias según tipología que se ubicaron en categoría altamente satisfechas, satisfechas y poco satisfechas. Es interesante ver cómo las familias extensas se consideran altamente satisfechas, diferentes a las extensas modificadas y atípicas, en las cuales solo el 12% y el 11% se sienten altamente satisfechas. Las familias nucleares y nucleares modificadas se sienten satisfechas en un 75% y un 54%, respectivamente.

Figura 2. Distribución del grado de satisfacción según tipo de familia

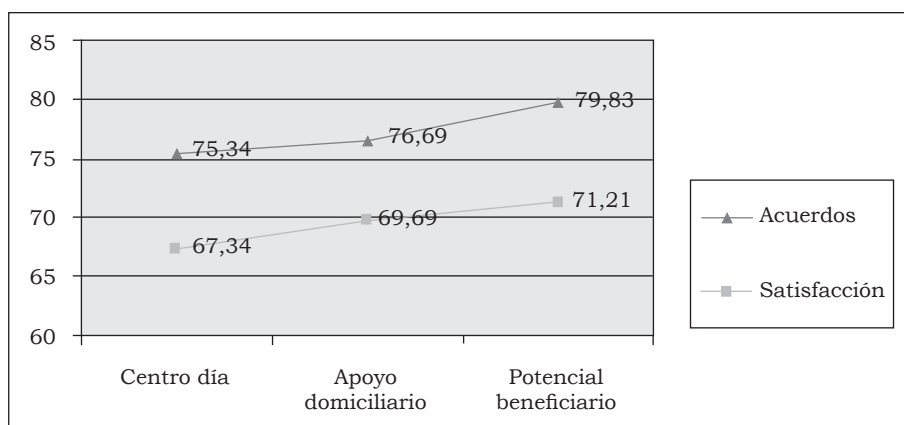


Fuente: resultados según el instrumento ISF-GEN 25 (Funza, Cundinamarca, 2003).

### Escala de acuerdo y satisfacción según tipo de beneficio

La figura 3 muestra la distribución de las medias en las escalas de acuerdo y satisfacción, según el tipo de beneficiarios. También se aprecia cómo las familias beneficiarias del programa se perciben menos saludables y satisfechas que las que reciben apoyo domiciliario por tener personas mayores con discapacidad o los potencialmente beneficiarios. Esto sugiere que las familias potenciales beneficiarias del programa sienten que generan más bienestar (26) en su dinámica interna en la vida cotidiana y que sus miembros se sienten más satisfechos y saludables, posiblemente porque las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad (25), que al no recibir influencia directa del exterior, sienten a la familia como fuerte proveedora de actuaciones de bienestar, que brinda apoyo en el plano emotivo, estimulando el sentido de pertenencia y la estima personal (26).

Figura 3. Distribución de medias en las escalas de acuerdo y de satisfacción según el tipo de beneficio como familia con ancianos



Fuente: resultado según el instrumento ISF-GEN 25 (Funza, Cundinamarca, 2003).

## Conclusión

La descripción del grado de salud familiar, expresada en el grado de salud familiar y el grado de satisfacción familiar, clasifica a las familias estudiadas en saludables (77,4 puntos) y satisfechas (69,3 puntos). Se destaca cómo las familias extensas se consideran altamente saludables y altamente satisfechas, al igual que las familias de los potencialmente beneficiarios del programa.

Este estudio indica que la pertenencia a una organización social no contribuye positivamente en la percepción del estado de salud y la satisfacción de la familia de las personas mayores, contrario a otros estudios (27,28) basados en el discurso de personas mayores de 65 años, que viven en su propio hogar, que registraron beneficios al estar participando en organizaciones sociales, como el intercambio de información para cuidarse mejor, compañía, afecto y mejoramiento de las relaciones familiares, al fortalecerse la tendencia a la autonomía.

El estudio reporta cómo en las familias pobres con personas mayores predominan las tipologías extensa, extensa modificada y atípica; diferente a lo reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (11), en la que más de la mitad de las familias son nucleares y de parejas sin hijos.

Casi la mitad de las familias de los municipios pequeños se perciben pocos saludables; mientras que el grado de satisfacción es alto en más

del 60%, cercano a lo encontrado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (11), en la cual más de la mitad de las personas mayores están satisfechas con su vínculo familiar.

## Agradecimientos

A las familias participantes, a las directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Programa de Adulto Mayor, por su apoyo permanente a la dra. Pilar Amaya, y a las enfermeras Ruth Barreto, Sandra Daza, Yaira Pardo y Yaneth Oyola.

## Referencias

1. Amaya de Peña P. Herrera AN. Instrumentos de salud familiar ISF GEN25-ISF GES 19: manual del usuario. Bogotá: s. e.; 2000.
2. Naciones Unidas. Una sociedad para todas las edades: Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento [internet]. Madrid 8 a 12 de abril de 2002 [citado 2 sep 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>.
3. Jelin E. Las familias en América Latina: familia siglo XXI. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres; 1994.
4. Guzmán J, Huenchuan S. Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. En: Naciones Unidas, Cepal. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales: seminarios y conferencia [internet]. Chile; 2005 [citado 5 sep 2011]. p. 209-221. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46\\_Sesion\\_inaugural.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46_Sesion_inaugural.pdf).
5. Fericgla J. Envejecer: una antropología de la ancianidad. Madrid: Anthropos; 1995.
6. Wong R, Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. Papeles de Población. 2003;(37):1-40.
7. Arriagada I. Familias latinoamericanas: diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo [internet]. Washington: Cepal; [citado 10 sep 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/9144/lcl1652-p.pdf>.
8. Rico MN Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora. En: Cepal. Familias latinoamericanas interrogadas [internet]. Santiago de Chile; [citado 8 jul 2011]. p. 107-22. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/42586/ssc-61-familias-latinoamericanas-feb-2011.pdf>.
9. Celade, Naciones Unidas. Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe [internet]; [citado 21 jul 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf>.
10. Misión Social, Departamento Nacional de Planeación (DNP), ICBF, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Bogotá: Alfaomega; 2002.
11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Bogotá; 2011.

12. Sunkel G. El papel de la familia en la protección social en América Latina [internet]. Santiago de Chile: Cepal; 2006 [citado 1 sep 2011]. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2530PE/sps120\\_LCL2530.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2530PE/sps120_LCL2530.pdf).
13. Gutiérrez de Pineda V. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Bogotá: Ascofame; 1975.
14. Reyes Ortiz C. Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. Colombia Médica. 1998;29:138-42.
15. Amaya de Peña P, Cataño N, Velásquez V. Caracterización de las familias con adultos mayores en el municipio de Susa, Cundinamarca. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2003.
16. Herrera LM. Caracterización de las familias que conviven con adultos mayores en la ciudad de Villavicencio [tesis de magister]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001.
17. Cataño N. Familias con personas mayores de 60 años y más, que asiste al Club Azucenas del Quindío [tesis de magister]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
18. Velásquez GV. Caracterización de las familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Bogotá, 2005. Avanc Enferm. 2009; 27(1):69-81.
19. Velásquez VCY, Velásquez GV. Caracterización de las familias con adultos mayores funcionales, sector Patio Bonito, Bogotá, 2005. Avanc Enferm. 2007;25(2):10-21.
20. Huenchuan S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas [internet]. Santiago de Chile: Cepal, Naciones Unidas, CELADE; 2009 [citado 20 jul 2011]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf>.
21. Friedemann ML. The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks, CA: Sage;1995.
22. Amaya P. La caracterización de las familias: base y propulsión del desarrollo de enfermería en salud familiar en Centroamérica y la Patagonia. En: La investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p. 443-60.
23. Amaya de Peña P. Riesgo familiar total 7-70 el ISF-GEN 25. ISSF GES. 19: referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000.
24. Amaya de Peña P. Instructivo de aplicación del IPSF/G-25, Inventario de Riesgo Familiar 7-70. Bogotá: s. e.
25. Amaya de Peña P. Riesgo familiar total 7-70 y del ISF-GEN 25: referentes teóricos- conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
26. Montoro R, García S, Gamir L, Becker G. Dimensiones económicas y sociales de la familia. Madrid: Fundación Argentaria; 2000.
27. Guajardo G, Huneeus D. Las narrativas de la participación social entre los adultos mayores: entre la reciprocidad y la desolación [internet]; 2004 [citado 11 sep 2011]. Disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213\\_p1.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p1.pdf).
28. Barros Lezaeta C. "Aspectos sociales del envejecimiento": la atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1994.