

# EFFECTO PROGRAMA DE CUIDADO CULTURAL EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR: DESDE PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD, FACATATIVÁ, CUNDINAMARCA\*

Como citar este artículo:

Casallas-Hernández, N. y Velásquez-Gutiérrez, V.F. (2017). Efecto programa de cuidado cultural en la funcionalidad familiar: desde personas mayores con discapacidad, Facatativá, Cundinamarca. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 50-64.

NATHALYA CASALLAS-HERNÁNDEZ\*\*  
VILMA FLORISA VELÁSQUEZ-GUTIÉRREZ\*\*\*

Recibido: 20 de febrero de 2017

Aprobado: 21 de abril de 2017

**RESUMEN:** Objetivo. Determinar el efecto en la funcionalidad familiar de un programa de cuidado cultural en personas mayores con discapacidad en Facatativá, Cundinamarca. Metodología. Estudio cuasiexperimental, sin grupo control, participaron 31 familias con personas mayores con discapacidad física. El programa fue aplicado por la enfermera investigadora con competencia cultural. La información fue recolectada con la escala de efectividad del funcionamiento familiar (ASF-E 20), procesada y analizada con métodos descriptivos y prueba de rango signado de Wilcoxon. Se consideraron aspectos éticos. Resultados y conclusiones. El programa de cuidado cultural de la salud obtuvo un efecto estadísticamente significativo en la funcionalidad familiar global y por metas desde las personas mayores con discapacidad (valor  $p < 0,001$ ); el programa tuvo efectos significativos, influidos principalmente por la comunicación asertiva del adulto mayor con su familia.

**PALABRAS CLAVE:** anciano frágil, personas con discapacidad, familia, cuidado cultural, enfermería en salud comunitaria.

\* Proyecto financiado por el Sistema Nacional de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, con código: 27912.

\*\* MSc en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, Bogotá, Colombia.

E-mail: ncasallash@unal.edu.co.  orcid.org/0000-0001-7891-6674.

\*\*\* MSc en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, Bogotá, Colombia.

E-mail: vvelasquez@unal.edu.co.  orcid.org/0000-0002-5232-9073.

## EFFECTS OF A CULTURAL CARE PROGRAM ON FAMILY FUNCTIONALITY: FROM ELDERLY PEOPLE WITH DISABILITIES, FACATATIVÁ, CUNDINAMARCA

**ABSTRACT:** Objective. To determine the effect of a cultural care program in elderly people with disabilities on the family functionality in Facatativá-Cundinamarca. Method. Quasi-experimental study without control group, in which 31 families with elderly people with physical disability participated. The program was applied by a nurse researcher with cultural competence. The information was collected with the Family Assessment Scale, (FAS-E 20), processed and analyzed with descriptive methods, and the Wilcoxon signed rank test. Ethical aspects were considered. Results. The cultural health care program had a statistically significant effect on global family functionality and by goals from the elderly with disabilities (Value- $p < 0,001$ ). Conclusions: The program had statistically significant effects on global family functionality and goals, influenced mainly by the assertive communication of the elderly with their family.

**KEY WORDS:** fragile elder, disabled persons, family, cultural care, community health nursing.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud —OMS— la población mayor está creciendo considerablemente en la mayoría de países; se calcula que para el año 2050 la población mayor se duplicará y pasará de 900 millones (cifra actual) a 2000 millones, lo que representa un aumento del 12 % al 22 % (OMS, 2015). Este incremento de la población mayor no solo constituirá una huella en los ámbitos político y social sino que dentro de las familias impactará de forma directa y contundente en las relaciones entre sus miembros, los estilos de vida, la solidaridad familiar, el crecimiento económico, el ahorro, los mercados laborales, las pensiones, los impuestos, así como la asistencia prestada por una generación a otra, la salud y la atención

médica, la composición y organización de la familia, la vivienda y las migraciones (Alpuche et al., 2008; ONU, 2002). Debido a que la familia está considerada como la representación de la unidad básica de la sociedad que comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad (Medina et al., 2008) es importante el estudio de programas en salud que aporten a la funcionalidad familiar en familias con personas mayores.

La variable funcionalidad familiar ha sido estudiada con el sustento del marco teórico de organización sistémica de Friedemann, considerada una teoría de enfermería de mediano rango que fue creada con el fin de dar respuesta a la necesidad de obtener un enfoque integral para la atención de familias que se encontraban en vulnerabilidad. Para lograr congruencia familiar, Friedemann propone que se deben alcanzar cuatro metas familiares: control, encargada de regular las amenazas con el fin de disminuir la vulnerabilidad y potenciar la protección individual y colectiva; seguida de la meta crecimiento, que determina la adaptación a circunstancia internas y externas; luego sigue la meta espiritualidad, en la que se da la búsqueda del significado de la vida y rescata la cultura y valores individuales y familiares y finalmente la meta de estabilidad, en la que se perpetúa los valores y creencias propios de la cultura donde se desenvuelve la familia generando un impacto a nivel individual y colectivo (Friedemann, 1995).

En Colombia, investigaciones de familias con personas mayores reportan diferentes resultados referidos a funcionalidad alta (García et al., 2007; Zavala-Rodríguez et al., 2009) y baja (Barreto, 2014). Se encontró un estudio de familias afrocolombianas que mide los efectos de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar (Barreto, 2014) con resultados estadísticamente significativos sobre la funcionalidad general y por metas del sistema. Estudios que han considerado a la familia como una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, plantean que es un sistema social con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes sujeto a cambios que pueden afectar su estabilidad (Friedemann, 1995).

Ya que a nivel mundial se ha determinado que la familia es “el principal proveedor de asistencia a la persona mayor dependiente” (Montoro, 1999, p. 4), el apoyo familiar gana importancia relativa sobre todo entre los grupos con bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional. Las personas mayores prefieren la compañía especialmente de un familiar debido a que con la edad disminuyen las capacidades para enfrentar de manera independiente las necesidades de la vida diaria (Guzmán y Huenchuan, 2005); así los cambios en los modelos de familia, asociados al aumento del segmento de la población con creciente grado de dependencia (Lost et al., 2009), produjeron un fuerte impacto en las familias tanto desde el punto de vista emocional como financiero; generando familias multigeneracionales, sin que esto quiera decir que se encuentran preparadas para el cuidado del adulto mayor.

Por otra parte podemos observar que Colombia no se encuentra alejada de los datos que publica la OMS, ya que hoy presenta una transición demográfica y epidemiológica que evidencia un aumento de la población mayor, por lo que resultan ineficaces las políticas públicas que se han promulgado para este grupo poblacional, disminuyendo las posibilidades de garantizar una vejez sana con acceso a los servicios de salud. Según el DANE, en 2016, de los 48'747'708 habitantes de la Nación, el 11 % (5'542'477) era mayor de 60 años; con predominio del sexo femenino (54,6 %) frente al masculino (45,4 %).

Agregada a la anterior situación, en los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación; pues su prevalencia está aumentando porque la población está envejeciendo, por lo que el riesgo de discapacidad es superior entre las personas mayores aunado al aumento mundial de las enfermedades crónicas; más de mil millones de personas viven con alguna forma de discapacidad: de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento (OMS, Banco Mundial, 2011); además de que en todo el mundo las personas con discapacidad tienen bajos resultados sanitarios, académicos y de participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad; esto como consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, educación, empleo, transporte o información; estas dificultades se agravan en las comunidades menos favorecidas (OMS, Banco Mundial, 2011) donde la pobreza tiene un efecto de mayor vulnerabilidad en las personas con discapacidad (Ruipérez, 2002), “fenómeno que incrementa el empobrecimiento de los afectados y sus hogares” (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, p. 1). En consecuencia, millones de personas siguen desamparadas particularmente los más pobres y los desfavorecidos debido a su edad, sexo, discapacidad, etnia y ubicación geográfica (ONU, 2015).

De esta manera la falta de apoyo de los servicios sociales y de salud, el autocuidado de la familia como una unidad especialmente con los miembros que requieren de cuidado, como los casos de personas con algún tipo de discapacidad, lleva a que se conviertan en una carga que amenaza el bienestar y que culmina con desequilibrio de la salud y las finanzas de una familia entera (Polaro et al., 2013). Dentro de este contexto es necesario aclarar que Colombia, con altos niveles de conflicto y pobreza urbana y/o rural, combina programas de protección social de bajo acceso y cobertura con las poblaciones de personas mayores —el grupo etario con el crecimiento más acelerado (CEPAL, 2001, como se citó en Sarmiento et al., 2010)—.

Frente al anterior panorama, el grupo de investigación “Cuidado cultural de la salud” de la Universidad Nacional de Colombia ha venido implementando estudios en familias con adultos mayores (Barreto, 2014; Velásquez, López y Barreto, 2014; Velásquez y Amaya, 2011; Velásquez y Amaya, 2012; Velásquez, 2009; Velásquez et al., 2011; Velásquez et al., 2012; Mejía, 2011; Vargas, 2008) desde diferentes

perspectivas; encontrando que la importancia de estas investigaciones 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 en condición de discapacidad puesto que estas requieren una atención continua y prolongada por razones de tipo económico, social y de salud; aunque también se auxilian mediante las redes sociales de apoyo para mantener vínculos afectivos y conservar información estratégica de la cotidianidad (Velásquez et al., 2011).

La familia 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 atiende a sus familiares y se hace responsable por los vacíos que las instituciones sociales generan (Huenchuan, 2009), lo que puede repercutir en la funcionalidad familiar; la cual es definida por Marie Luise Friedemann (1995) como:

la forma como se organiza la familia para funcionar y responder efectivamente, como sistema, a las demandas de cada miembro y del entorno, y lograr las metas a través de las dimensiones, permitiendo a cada integrante sentirse satisfecho con su grupo familiar y manejar la ansiedad generada por los requerimientos.

Finalmente un programa de atención primaria con estrategia de entornos saludables y cuidados culturalmente congruentes aplicado separadamente a personas mayores funcionales, madres e hijos escolares de familias extensas logró efectos estadísticamente significativos en la funcionalidad familiar y metas del sistema familiar (estabilidad, control, espiritualidad y crecimiento) en niños y personas mayores (valor  $p < 0,001$ ), pero no en las madres. El programa aportó en mejorar la comunicación, transmisión de cultura, celebraciones especiales, unión familiar con expresiones de amor, cariño, afecto, felicidad, incremento de autoestima, seguridad individual y familiar, participación, sentido de responsabilidad por el autocuidado y proyección hacia el futuro y el de sus familias (Barreto, 2014).

Los resultados anteriormente expuestos invitan a los profesionales de la salud interesados en trabajar con la salud de las familias a implementar propuestas de cuidado culturalmente sensibles para atender familias con personas con discapacidad.

## METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, de tipo cuasiexperimental, sin grupo control con pre y posprueba, donde participaron 31 familias de personas mayores con discapacidad física en el área urbana del municipio de Facatativá (Cundinamarca); se realiza este

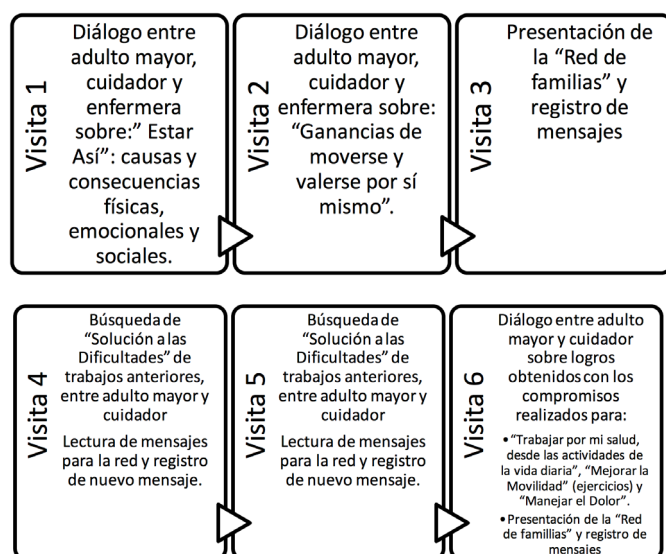
tipo de estudio puesto que es posible inferir relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, pero su probabilidad de ser verdadera es relativamente baja en comparación con los diseños experimentales verdaderos (Amaya, 2004).

El total de la muestra corresponde a la población beneficiaria del programa de adulto mayor con discapacidad que recibe subsidios a través de la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Facatativá y que cumplieran con los criterios de inclusión: familias con personas mayores con discapacidad física beneficiarios de los subsidios entregados por la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Facatativá, permanencia en el municipio mayor a 1 año y aceptar voluntariamente la participación en el estudio.

El programa de cuidado cultural para familias de personas mayores con discapacidad fue aplicado por una estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar y una auxiliar de investigación expertas en gerontogeriatría y enfermería transcultural, que previamente recibieron una capacitación teórico-práctica con una intensidad de 72 horas distribuidas en 10 días. Para cumplir con los objetivos del programa se realizaron 6 encuentros llevados a cabo en el domicilio de la familia, aplicado a la persona mayor y su cuidador familiar al mismo tiempo, con un intervalo de ocho días y una duración promedio de 2 horas por encuentro; aunque el diligenciamiento de los instrumentos sí se realizó de forma independiente con el fin de evitar sesgos en las respuestas de los participantes.

El programa comprende 5 etapas: (i) sensibilización, es la fase introductoria donde se logra empatía y donde se mencionan los objetivos específicos de cada sesión; (ii) información culturalmente adaptada, cuyo objetivo es generar un diálogo de saberes e intercambiar información pertinente de forma multidireccional; (iii) toma de decisiones, en aras de orientar el planteamiento de nuevas acciones y motivar la toma de decisiones en conjunto con el fin de alcanzar armonía y comunicación asertiva; (iv) acciones de cuidado cultural que se caracteriza por tener un tema central en cada una de las visitas con el fin de prevenir riesgos, potenciar, mantener o restaurar la propia salud y que se realizó teniendo en cuenta valores, creencias y cultura familiar; (v) cierre, donde se realiza un recuento con la familia sobre las acciones ejecutadas y las metas familiares que se han abordado paulatinamente.

Se trabajaron temas como el reconocimiento del cuerpo, confirmación de capacidades, asumir cambios en el cuerpo y en los estilos de vida, unión familiar y comunicación asertiva, construcción de red familiar, alivio de dolores, adherencia a tratamientos médicos, prácticas de cuidado de la salud, promoción de la actividad física, recreación, expresión de sentimientos, agradecimientos y perdón. A continuación se presenta una breve descripción de las actividades realizadas en cada una de las sesiones.



*Gráfica 1.* Resumen estructura del programa de cuidado cultural.

La información sobre la percepción de funcionalidad familiar fue recolectada al iniciar y al finalizar (una semana después). Se midió la implementación del programa entendida como la variable independiente —definida como el conjunto de actividades, procedimientos y mediaciones culturalmente competentes con el fin de mejorar la funcionalidad familiar—, así como la efectividad del funcionamiento familiar entendida como la variable dependiente —definida como el conjunto de funciones a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de la familia que comprende aspectos afectivos, de socialización, de cuidado de la salud, de la reproducción y económicos conforme a las normas de la sociedad en la cual se desarrolla— con la escala de efectividad del funcionamiento familiar (ASF-E 20), diseñada por Friedemann, que consta de 20 preguntas cada una con una respuesta elegida a partir de tres posibilidades que tienen valores entre 1-3 puntos para hacerlas cuantificables y donde 1 punto es el nivel más bajo de funcionalidad familiar, 2 es el intermedio y 3 es el más alto (Friedemann, 1995).

La escala evalúa las dimensiones (coherencia, individuación, cambio del sistema, mantenimiento) y las metas (espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control) del sistema familiar. La calificación máxima de la escala es de 60 puntos y la mínima de 20, mientras que los niveles de funcionamiento se clasifican en: bajo entre 20-50 puntos; intermedio entre 51- 55 y alto entre 56-60 puntos. La versión original del instrumento tiene una confiabilidad alfa de Cronbach que oscila entre 0,60 y 0,84 (Friedemann, 1991); validada en Colombia por la Facultad de Enfermería de



la Universidad Nacional de Colombia; los participantes del estudio no conocieron los resultados de los instrumentos hasta el final del estudio, en donde se realizó la socialización de los resultados y el cierre del programa.

La información recolectada se codificó y organizó en bases de datos que posteriormente fueron procesadas en el paquete estadístico SPSS en su versión 19, teniendo en cuenta las características de la persona mayor con discapacidad tales como género, edad, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, estrato socioeconómico, uso y tipo de ayuda para la movilidad.

Las hipótesis planteadas al iniciar el estudio fueron: (i) hipótesis nula, el programa de cuidado cultural para familias no tiene efecto sobre la funcionalidad y metas del sistema familiar desde las personas mayores con discapacidad; (ii) hipótesis alterna, el programa de cuidado cultural para familias tiene efecto sobre la funcionalidad y metas del sistema familiar desde las personas mayores con discapacidad.

A su vez, fueron considerados los aspectos éticos para un estudio de bajo riesgo teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Los participantes en su totalidad firmaron el consentimiento informado y adicionalmente se aseguró que la decisión de formar parte no afectara la relación terapéutica u otros beneficios a los que tenían derecho los participantes, al finalizar el programa quienes requirieron de apoyo de servicios de salud fueron remitidos a la respectiva entidad de salud y se veló por la privacidad de quienes intervinieron.

## RESULTADOS

### Características generales de los participantes

De las 31 familias participantes con personas mayores con discapacidad física pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2, que tienen un promedio de 5 personas por familia, los mayores se encuentran principalmente distribuidos en: 70 a 79 años (45 %); 61 a 69 años (32 %) y 80 a 89 años (20 %); hubo un solo participante mayor de 90 años (3 %); con predominio de población femenina (71 %). En general los participantes se dedican al hogar (91 %) y al trabajo independiente artesanal (9 %). Casi la mitad de la población son viudos (48 %) y los demás están casados (32 %), solteros (6 %) o en unión libre (4 %).

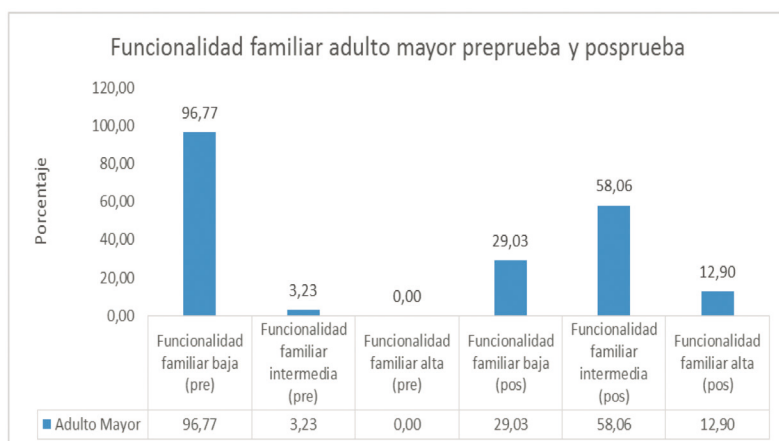
La totalidad de las personas mayores vive con sus familiares, quienes en su mayoría son mujeres (59,2 %); todas reciben cuidado de un familiar, principalmente de una mujer cuyo vínculo con la persona mayor es usualmente una hija o esposa; la mayoría de personas mayores son analfabetas y con primaria incompleta (94 %), seguido de la primaria completa (4 %); apoyan económicamente a su familia con \$ 50000 o \$ 100000 mensuales (aproximadamente entre 20 y 40 dólares) (75 %)



provenientes principalmente de un subsidio entregado por la Secretaría de Integración Social y algunas ayudas de la familia, muy pocos ejecutan trabajos en casa. La mayoría presentan dependencia moderada (81 %), severa (13 %) y total (6 %), por lo que la generalidad de personas usa apoyo para la movilidad relacionada especialmente con bastón (68 %), silla de ruedas (26 %) y caminador o muletas (3 %) respectivamente.

### Efecto del programa de cuidado cultural en la funcionalidad familiar general

Generalmente el efecto del programa destaca que las personas mayores al iniciar el programa perciben baja la funcionalidad de sus familias (96,77 %), al finalizar la aplicación de este aumenta la funcionalidad familiar en el nivel intermedio (pasó de 3 a 58 %) y el nivel alto de funcionalidad (pasó de 0 a 12,9 %) (gráfica 2).

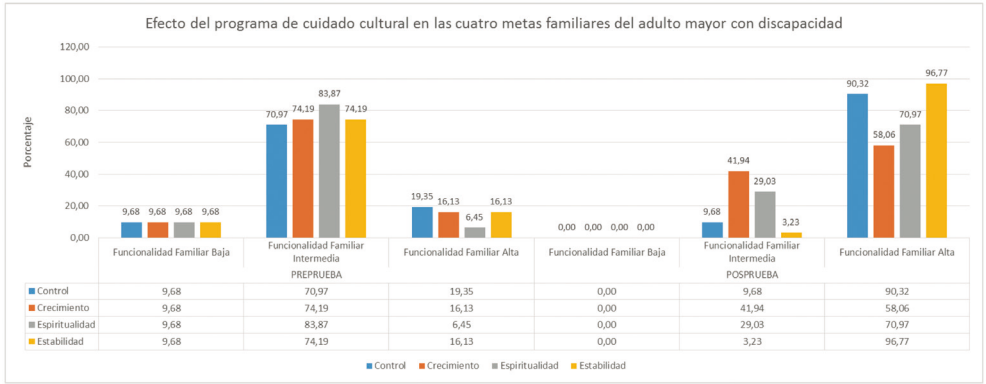


**Gráfica 2.** Distribución porcentual de la funcionalidad familiar del adulto mayor con discapacidad antes y después de la aplicación del programa de cuidado cultural.

De acuerdo con la prueba de rango signado de Wilcoxon, los resultados muestran que la aplicación del programa de cuidado cultural tuvo un efecto positivo en la percepción de la funcionalidad familiar de las personas mayores con valor de  $p < 0,001$ ; es decir que los resultados son estadísticamente significativos y confirman la hipótesis alterna de que la aplicación del programa de cuidado cultural tiene un efecto sobre la funcionalidad familiar en las personas mayores con discapacidad de Facatativá.

Efecto del programa de cuidado cultural en las metas del sistema familiar

La gráfica 3 muestra los resultados del efecto del programa de cuidado cultural frente a las cuatro metas familiares, destacándose inicialmente el nivel medio de funcionalidad en todas las metas; al finalizar la aplicación del programa se evidencia un predominio del nivel alto en todas las metas especialmente la estabilidad (pasa de 16,13 % a 96,77 %) y el control (pasa de 19,35 % a 90,32 %), también se observan cambios importantes en la espiritualidad (pasa de 6,45 % a 70,92 %) y el crecimiento (pasa de 16,13 % a 58,06 %) (gráfica 3).

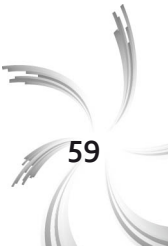


Gráfica 3. Distribución porcentual del efecto del programa de cuidado cultural en las cuatro dimensiones familiares en el adulto mayor con discapacidad.

La tabla 1 presenta el efecto del programa de cuidado cultural con resultados estadísticamente significativos (valor  $p < 0,001$ ) en todas las metas del sistema familiar: estabilidad, control, espiritualidad y crecimiento.

Tabla 1. Resumen estadístico básico de la evaluación según las metas sobre la efectividad de la funcionalidad familiar en los adultos mayores con discapacidad

Puntaje total	Metas			
	Control	Crecimiento	Espiritualidad	Estabilidad
Valor p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001



Los resultados están afectados principalmente por los siguientes ítems.

En la meta de control se observó que el programa de cuidado cultural aportó a los adultos mayores en nivel alto de funcionalidad especialmente en los ítems: MS14 “Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido” (pasando del 3 % a 42 %); MS 2 “Usualmente no pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia” (pasando de 16 % a 71 %); MS4 “Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente” (presentó un discreto aumento, pasando de 74 % a 93 %) y MS6 “Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene un problema” (pasando de 26 % a 84 %).

Con respecto a la meta de crecimiento, los resultados obtenidos se dieron principalmente por los siguientes ítems: I3 “Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar” (pasando de 16 % a 54 %); SC20 “En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos” (pasando de 3 % a 84 %); I7 “Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de los que está pasando y de lo que hay que hacer” (pasando de 32 % a 54 %); CS8 “Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían porque nos aprecian” (presentó un aumento de 68 % a 80 %) y se resalta que el ítem I12 “Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas” se mantiene tanto en la preprueba como en la posprueba en 29 %, lo que indica que el programa mantuvo la comunicación asertiva de los adultos mayores con los demás entes.

En la meta de espiritualidad se destacan los resultados correspondientes a los ítems: C1 “Generalmente nuestra familia está feliz” (pasó de 35 % a 90 %); C5 “Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias” (pasando de 35 % a 74 %); C10 “En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada”, disminuyó considerablemente (pasó de 22 % a 3 %). Asimismo, otros ítems apoyan el efecto positivo del programa en la meta C15 “En nuestra familia todos podemos opinar” (subió de 32 % a 71 %) y C18 “Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto” (subió de 19 % a 93 %).

Finalmente con respecto a la meta de estabilidad se destacaron los siguientes ítems: MS9 “Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos” (pasó de 32 % a 80 %); MS11 “En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones” (subió de 35 % a 93 %); MS16 “En nuestra familia somos unidos” (pasó de 26 % a 74 %) y MS 19 “En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar fechas especiales” (aumentó de 52 % a 84 %).

## DISCUSIÓN

Varias investigaciones realizadas en Colombia de hogares con personas mayores ponen de manifiesto la presencia de alto porcentaje de familias extensas, extensa modificada y atípica (Velásquez, 2009; Herrera, 2001; Cataño, 2003) y destacan las diferencias en la percepción de la satisfacción de las personas mayores. En el presente estudio predominan las familias extensas modificadas (96 %), hallazgo superior a lo encontrado en las investigaciones en Colombia, lo que sugiere que las familias extensas son un medio de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de vida. Sin embargo esto puede repercutir en la forma en que son distribuidos los recursos económicos y a la vez presentar dificultad en la clarificación de los roles y en la funcionalidad familiar (Velásquez et al., 2012).

No obstante los colombianos reconocen que las familias son una fuente clave de apoyo ante la incertidumbre dado que para el 53 % la unión familiar es producto de la necesidad de supervivencia y de la tradición (Misión Social et al., 2003), por lo que las instituciones de salud deben hacer un reconocimiento del contexto sociocultural de las personas y familias teniendo en cuenta sus valores, creencias y prácticas que influyen en la planeación y toma de decisiones sobre las acciones de cuidado en las familias.

La aplicación del programa de cuidado cultural mostró efectos estadísticamente significativos sobre la funcionalidad familiar y las metas familiares en las familias con personas mayores en Facatativá (valor  $p < 0,001$ ) con resultados similares al programa de atención primaria en salud con enfoque cultural y de entornos saludables desarrollado en Guapi (Cauca) con familias extensas con personas mayores funcionales (Barreto, 2014) y en el municipio de Cáqueza (Cundinamarca) (Vargas, 2008); esto demuestra que se “requiere que los sistemas de salud pongan a las personas en el centro de la salud sanitaria” (OMS, 2008), garantizando que su opinión y sus elecciones influyan decisivamente en la manera en que son diseñados y funcionan los servicios de salud (Moran, 1999).

## CONCLUSIÓN

Las familias participantes con personas mayores pobres con discapacidad funcional en Facatativá (Cundinamarca) presentan el más bajo funcionamiento familiar en Colombia (98 %) desde la percepción de las personas mayores posiblemente por ser individuos de bajos recursos económicos, baja escolaridad, tener discapacidad física y dependencia para realizar actividades de la vida diaria entre moderada (81 %), severa (13 %) y total (6 %) que amerita continuar estudios con estas familias en diferentes contextos culturales.

La evaluación de la aplicación del programa de cuidado cultural desde las personas mayores mostró efectos estadísticamente significativos en la funcionalidad familiar y las metas familiares con un valor  $p (<0,001)$  puesto que el programa permitió a la persona mayor asumir un rol más activo en la familia especialmente en la toma de decisiones, en la participación de su autocuidado, el reconocimiento de su experiencia e inclusión en las diferentes actividades familiares y comunicación asertiva de la persona mayor con su familia, lo que sugiere la necesidad de fortalecer programas de salud familiar con participación interdisciplinaria e intersectorial.

Dadas las condiciones específicas de la población, el tamaño de la muestra y el cumplimiento riguroso de los criterios de inclusión, los datos que arroja el estudio no pueden extrapolarse a otras comunidades; por tanto, se sugiere replicar la presente investigación en otras poblaciones y continuar generando investigaciones culturalmente congruentes para el desarrollo de la profesión y garantizar un cuidado integral, coherente culturalmente y de calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alpuche, V. et al. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Revista Psicología y Salud*, 18 (2), 237-245.
- Amaya, P. (2004). *Instrumento de salud familiar: familias en general*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Barreto, Y. (2014). *Efecto de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi-Cauca* (tesis de posgrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Cataño, N. (2003). *Familias con personas mayores de 60 años y más, que asisten al Club Azucenas del Quindío* (tesis de posgrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Friedemann, M.L. (1991). An instrument to evaluate effectiveness in family functioning. *Western Journal of Nursing Research*, 13 (2), 220-241.
- Friedemann, M.L. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing*. California, USA: Sage Publications.
- García, G. et al. (2007). Funcionalidad familiar y capacidades de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15 (1), 21-26.
- Guzmán, J.M. y Huenchuan, S. (2005). *Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Herrera, L.M. (2001). *Caracterización de las familias que conviven con adultos mayores en la ciudad de Villavicencio* (tesis de posgrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Huenchuan, D. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición México*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos-/DiscapacidAdultMayor.pdf>.
- Lost, C. et al. (2009). La familia y la vulnerabilidad social: un estudio con octogenarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_15.pdf).
- Marim, C. et al. (2013). Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (spec.), 267-275.
- Medina, O. et al. (2008). La familia: situación de vida y salud. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*, 16 (3), 119-122.
- Mejía, L. (2011). *Cuidados populares de las familias en situación de pobreza con personas ancianas que presentan limitación física* (tesis de posgrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Misión Social et al. (2002). *Familias colombianas: estrategias frente al riesgo*. Bogotá, Colombia: Alfaomega.
- Moran, M. (1999). *Governing the health care state: A comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany*. Manchester, England: Manchester University Press.
- Montoro, J. (1999). Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista Internacional de Sociología*, 23, 7-29.
- OMS. (2008). *La atención primaria en salud, más necesaria que nunca*. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf).
- OMS. (2015). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
- OMS, Banco Mundial. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf).
- ONU. (2002). *Informe de la segunda asamblea mundial del envejecimiento*. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>.
- ONU. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio*. Recuperado de [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf).
- Polaro, S. et al. (2013). Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (2), 228-233.
- Sarmiento, M.C. et al. (2010). Condiciones sociodemográfico(as) y calidad de vida en pacientes mayores. Hospital Departamental de Villavicencio. Periodo octubre-diciembre de 2005. *Orinoquia*, 14 (1), 75-88.
- Ruipérez, I. (2002). Envejecimiento, siglo XXI y solidaridad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37 (S2), 3-7.
- Vargas, C. (2008). *Efecto del modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural del municipio que Cáqueza, Cundinamarca* (tesis de posgrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Velásquez, V. (2009). Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, localidad Kennedy. *Revista Avances en Enfermería*, 27 (1), 69-81.
- Velásquez, V. y Amaya, M. (2011). Salud familiar en familias con personas mayores en Funza, Cundinamarca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (2), 11-26.

- Velásquez, V. y Amaya M. (2012). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Salud Uninorte*, 28 (2), 308-321.
- Velásquez, V., López, L. y Barreto, Y. (2014). Cuidadores familiares campesinos: carga de cuidado, tiempo de cuidado y grado de funcionalidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16 (2), 65-80.
- Velásquez, V. et al. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13 (4), 610-619.
- Velásquez, V. et al. (2011). Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16 (2), 121-131.
- Velásquez, V. et al. (2012). Enfermería en el desarrollo de las metas del milenio. *El cuidado de enfermería y las metas del milenio*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Zavala-Rodríguez, M.R. et al. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 9 (3), 257-270.