

LA FELICIDAD COMO PREDICTOR DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN TRES CIUDADES DE COLOMBIA

*Doris Cardona Arango**
*Ángela Segura Cardona***
*Alejandra Segura Cardona****
*Diana Isabel Muñoz Rodríguez*****
*Maite Catalina Agudelo Cifuentes******

Recibido en abril 15 de 2018, aceptado en agosto 06 de 2018

Citar este artículo así:


Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez DI, Agudelo Cifuentes MC. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2019; 24 (1): 97-111. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.9



Resumen



Objetivo: Determinar la capacidad predictiva de la felicidad sobre el funcionamiento familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, transversal, de fuente primaria, con 1514 encuestas aplicadas a personas de 60 años en adelante, en 2016, residentes en las ciudades de Medellín, Barranquilla y Pasto. Se indagó por la funcionalidad familiar a través del APGAR familiar; aunado a las características demográficas, sociales y del estado de salud físico, mental y funcional de la persona mayor. Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado con el fin de ajustar por las variables confusoras y se calculó un modelo predictivo con el método backward (Wald). **Resultados:** Las características asociadas al funcionamiento familiar fueron: ciudad de residencia; sexo femenino; tener pareja sentimental; alto nivel educativo; no padecer trastornos mentales; percepción de felicidad, sin riesgo de depresión; baja vulnerabilidad y contar con apoyo social. Las que aportan a su predicción fueron ser mujer, ser feliz, no tener depresión, no ser vulnerable, tener apoyo instrumental y social adecuado y no haber sido maltratado. La felicidad es el mayor predictor, según el modelo calculado, con sensibilidad del 92,6 % y especificidad del 40,8 %. **Conclusión:** Si se fortalece el bienestar subjetivo de la persona mayor se permitirá ver la vejez con una imagen positiva como facilitador de buenas relaciones familiares e integrante activo de la sociedad.



Palabras clave



Relaciones familiares, felicidad, anciano, promoción de la salud, salud mental (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Administradora de Empresas. Doctora en Demografía. Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: dcardona@ces.edu.co.  orcid.org/0000-0003-4338-588X.  [Google](#)

** Estadística Informática. Doctora en Epidemiología. Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: asegura@ces.edu.co.  orcid.org/0000-0002-0010-1413.  [Google](#)

*** Psicóloga. Magister en Epidemiología. Docente Facultad de Psicología. Grupo de Investigación Psicología, Salud y Sociedad. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: dsegura@ces.edu.co.  orcid.org/0000-0002-1624-0952.  [Google](#)

**** Fisioterapeuta. Estudiante Doctorado en Epidemiología y Bioestadística. Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: dmunoz@ces.edu.co.  orcid.org/0000-0003-4255-4813.  [Google](#)

***** Gerente en Sistemas de Información en Salud. Estudiante Doctorado en Epidemiología y Bioestadística. Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: magudeloc@ces.edu.co.  orcid.org/0000-0003-1501-9452.  [Google](#)



HAPPINESS AS A PREDICTOR OF FAMILY FUNCTIONALITY OF THE ELDERLY IN THREE CITIES OF COLOMBIA

Abstract

Objective: To determine the predictive capacity of happiness on the family functioning of the elderly in three cities of Colombia. **Materials and methods:** Analytical, cross sectional, primary source study with 1514 surveys applied to people aged 60 and older, residents in the cities of Medellín, Barranquilla and Pasto in 2016. Family functionality was explored with the family APGAR scale, along with demographic, social and the physical, mental, functional and health status of the elderly. Univariate, bivariate and multivariate analyzes were carried out to adjust the confounding variables and a predictive model was calculated with the backward method (Wald). **Results:** The characteristics associated to family functioning were: city of residence, female gender, having a sentimental partner, high educational level, not suffering from mental disorders, perception of happiness without risk of depression, low vulnerability, and having social support. The characteristics that contributed to this prediction were: being a woman, being happy, not having depression, not being vulnerable, having adequate instrumental and social support, and not having been mistreated. Happiness is the greatest predictor according to the calculated model with sensitivity of 92.6% and specificity of 40.8%. **Conclusion:** if the subjective well-being of the elder is strengthened, it will be possible to see old age with a positive image as a facilitator of good family relationships and an active member of society.

Key words

Family relations, happiness, elder, health promotion, mental health (*source: MeSH, NLM*).

FELICIDADE COMO INDUTOR DE FUNCIONALIDADE FAMILIAR DO IDOSO EM TRÊS CIDADES DE COLÔMBIA

Resumo

Objetivo: Determinar a capacidade preditiva da felicidade sobre o funcionamento familiar do adulto maior em três cidades de Colômbia. **Materiais e métodos:** Estudo analítico, transversal, de fonte primária, com 1514 enquetes aplicadas a pessoas de 60 anos em diante, em 2016, residentes nas cidades de Medellín, Barranquilla e Pasto. Pesquisou-se pela funcionalidade familiar a través do APGAR familiar; aunado às características demográficas, sociais e do estado de saúde físico, mental e funcional dos idosos. Realizou-se análise uni variado, bivariado e multivariado com o fim de ajustar as variáveis confessoras e se calculou um modelo indutivo com o método backward (Wald). **Resultados:** As características associadas ao funcionamento familiar foram: cidade de residência; sexo feminino; ter casal sentimental; alto nível educativo; não padecer transtornos mentais; percepção da felicidade, sem risco de depressão; baixa vulnerabilidade e contar com apoio social. As que ajudam a sua predição foram ser mulher, ser feliz, não ter depressão, não ser vulnerável, ter apoio instrumental e social adequado e não ter sido maltratado. A felicidade é o maior **indutor**, segundo o modelo calculado, com sensibilidade do 92,6 % e especificidade do 40,8 %. **Conclusão:** Sim se fortalece o bem estar subjetivo do idoso se permitirá ver a velhice com uma imagem positiva como facilitador de boas relações familiares e integrante ativo da sociedade.

Palavras chave

Relações familiares, felicidade, ancião, promoção da saúde, saúde mental (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La vejez es un proceso normal del individuo con cambios biológicos y psicológicos e interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica (1). Esos cambios conllevan transformaciones en la conducta humana tanto en ámbitos visibles como en aquellos más subjetivos (2). Continuamente los procesos de vejez y envejecimiento se han estudiado desde las transformaciones centradas en pérdidas y déficits (3); pero, a partir de los retos que enfrentan los países con cambios demográficos acelerados para garantizar procesos de envejecimiento saludable, surge una nueva perspectiva desde la mirada positiva y de bienestar para los adultos mayores.

Cuando se habla de la persona mayor, y de las interacciones que establece en su cotidianidad, la familia se convierte en su principal apoyo; entendida esta como una compleja red de interacciones mutuas entre los miembros que la componen, aportando a la satisfacción de las necesidades de cada integrante; por ello se puede expresar como un grupo que va más allá de la suma de sus partes y que permite la construcción de una dinámica interna familiar como proceso que posibilita conocer, construir y conservar un mundo de experiencias entre todos sus integrantes (4).

Desde esta perspectiva, como grupo social, la familia estructura su propia dinámica; la cual puede ser comprendida como el encuentro de subjetividades regulado por la convivencia con normas y límites en los que cada quien asume sus roles y aporta al desarrollo del grupo primario (5). Esos roles se materializan en funciones que le son propias y que se representan en cada uno de sus integrantes; cada sociedad distribuye los roles que son aceptados y reproducidos por la cultura, diferenciados por el género y la edad y que dan paso a funciones de acuerdo a su condición de ser hombre, mujer, niño, adolescente, adulto o adulto mayor (6).

Por su parte, la dinámica familiar depende de la composición; es decir la forma como está estructurada tanto desde el número de personas que la conforman como de la tipología que la caracteriza dando lugar a familias nucleares o tradicionales, conformadas por padres e hijos; extensas, en donde hacen presencia más de dos generaciones y en las cuales los adultos mayores se convierten en un eje estructurante por la representación que tienen; las reconstituidas, conformadas por parejas que han tenido rupturas anteriores y han deseado formar nuevas uniones trayendo consigo en ocasiones sus descendientes; las monoparentales masculinas o femeninas, en donde solo es visible un progenitor; así como otras formas (7).

Para las personas mayores la familia, además de ser el interlocutor social más cercano, se convierte en un factor fundamental que determina el estado de salud físico y mental (8); una deficiencia en el funcionamiento familiar se convierte en un factor que propicia la aparición de enfermedades y se encuentra asociado a deficientes relaciones sociales, a conductas de adicción y suicidio, a cambios en su percepción de felicidad (9, 10). Entretanto, las relaciones satisfactorias entre los miembros de la familia aportan positivamente al estado de salud de todos sus integrantes y a su bienestar (8, 11).

Considerando el envejecimiento poblacional en aumento, cada vez será mayor el número de familias con personas adultas que requieran de cuidados y apoyo para el desarrollo normal de su vida; esta necesidad de ayuda los lleva a convivir con hijos y nietos, conformando las familias extensas; los cambios económicos también posibilitan la unión de dos o más generaciones, lo cual se encuentra relacionado al funcionamiento familiar (8).

El envejecimiento en ocasiones viene acompañado de enfermedades crónicas, problemas de salud y reducción de la autonomía y el autocuidado (12, 13). En la sociedad se considera que llegar a la

vejez significa deterioro físico y mental; se tienen actitudes negativas de la vejez, lo que conlleva en el adulto mayor a sentimientos de infelicidad por el hecho de que el tiempo se ha agotado; al igual que las posibilidades, expectativas y metas que se pueden plantear (13).

Se ha documentado que la felicidad en la vejez aumenta con la combinación de actividades sociales, físicas, cognitivas y de descanso, pues las personas que concentran su interés en diversas actividades tienen niveles de felicidad mayores (14); además de eso, la tenencia de una buena familia y la cohesión social entre sus miembros se constituyen en generadores de felicidad para el adulto mayor (15, 16). Tener una buena familia no solo es la creación de lazos formales sino que representa una red afectiva de sentimientos de cariño, apoyo, cuidados y protección ante eventos negativos en los que la reciprocidad de los hijos se considera como una de las principales expresiones de afecto (16). Así, el contacto y las buenas relaciones se encuentran relacionados positivamente con la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo (17); mientras que la pérdida de familiares y personas cercanas afectan el bienestar de las personas mayores (18).

Sin embargo la felicidad, que no decrece en la vejez, sufre cambios (como en cualquier etapa de la vida) por circunstancias particulares y por la significación que el adulto mayor le otorgue; por lo tanto es fluctuante en cada persona y está condicionada por la interacción compleja de factores como la autoestima, los rasgos de personalidad, los estilos de vida, el funcionamiento, la salud, el apoyo social e incluso las creencias religiosas (3).

Desde esta mirada positiva se incluyen recursos, habilidades y capacidades que propician el desarrollo y el potencial humano (3). La felicidad es considerada como un aspecto de bienestar subjetivo y de construcción personal

que se relaciona con la capacidad para afrontar situaciones, experiencias vividas, convivencia, ambiente familiar entre otros (19, 20); por tanto, una de las metas comunes de los seres humanos es alcanzar el bienestar y la felicidad; las personas felices tienen éxito a través de múltiples dominios de la vida en los que se incluyen la amistad, los ingresos, el trabajo y la salud. Quienes se perciben como felices responden de manera más adaptativa a experiencias cotidianas en la toma de decisiones, en la percepción e interpretación de situaciones sociales y en la recuperación frente a eventos negativos como el fracaso (21); muchas de estas situaciones se constituyen en retos que debe enfrentar la persona mayor y que hacen parte de su cotidianidad.

Dentro de los mencionados componentes, y bajo la comprensión de lo particular de la felicidad para cada persona, se sabe que la familia es el intermediario entre el individuo y la sociedad; es allí donde se adquieren las primeras costumbres y pautas de comportamiento (22). La teoría de la selectividad socioemocional señala que en la medida en que las personas son más conscientes de las limitaciones en el tiempo futuro se motivan a ser más selectivos en la elección de interlocutores sociales, priorizando las relaciones significativas por encima de las externas y en muchos casos arraigadas en la familia (23); por esta razón, se buscó determinar la capacidad predictiva de la felicidad sobre el funcionamiento familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó una investigación en tres ciudades de Colombia con intencionalidad analítica, transversal, de fuente primaria en personas de 60 años en adelante, seleccionadas en Medellín (495), Barranquilla (513) y Pasto (506); el estudio fue realizado en estas tres ciudades con la intención

de tomar una ciudad grande (Medellín), una intermedia (Barranquilla) y una pequeña (Pasto).

La muestra fue seleccionada mediante muestreo probabilístico (todos los adultos mayores de las tres ciudades tuvieron probabilidad de selección conocida mayor que cero), por conglomerados (conformados por las comunas y/o localidades, barrios o manzanas) y bietápico: la primera fue la selección de los barrios al interior de cada comuna a través de muestreo sistemático aleatorio —MSA— como unidad secundaria de muestreo —USM—; la segunda y última etapa consistió en la selección de manzanas al interior de cada barrio como unidades primarias de muestreo —UPM— con la misma técnica de muestreo —MSA—. La unidad final de análisis —UFA— fue todos los adultos mayores residentes en las viviendas que conformaron la manzana, según marco muestral de ellas.

Así, se seleccionaron personas residentes en el área urbana de las ciudades que aceptaran participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Como criterio de exclusión se consideró a aquel adulto mayor que estuviera bajo el efecto de sustancias psicoactivas (visible por el encuestador).

Para la medición del funcionamiento familiar se utilizó el APGAR familiar, que consta de cinco preguntas que evalúa algunas funciones básicas de la familia: adaptación; participación; recurso personal; afecto y necesidades; su validación inicial mostró un índice de correlación de 0,80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index); posteriormente ha sido evaluado en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilan entre 0,71 y 0,83. El resultado de la escala permite clasificar la familia en cuatro categorías: normal; disfunción leve; disfunción moderada; disfunción severa (24).

La felicidad fue estimada con la escala de felicidad de Lima, la cual ya ha sido validada en adultos mayores y ha mostrado buenas correlaciones ítem-test ($p < 0,001$) y buena consistencia interna (0,916) (25). Para el maltrato se utilizó la escala geriátrica de maltrato —GMS—, instrumento de 21 ítems para la detección de cinco tipos de maltrato en personas mayores (físico, psicológico, económico, sexual y negligencia) y su validación fue realizada en México (no institucionalizado), mostrando una consistencia interna de 0,83 (26).

Para indagar a cerca de la depresión se utilizó la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, la cual ha sido probada y utilizada extensamente con la población mayor; es un cuestionario breve en el que se le pide responder a 15 preguntas que finalmente permiten clasificarlo como sin riesgo de depresión, riesgo de depresión leve y riesgo de depresión severa (27).

También se aplicó el cuestionario MOS, el cual mide apoyo social percibido por medio del número de personas que conforman su red de familiares y amigos; apoyo social emocional/informacional (soporte emocional); apoyo instrumental (conducta o material de apoyo); interacción social positiva (disponibilidad de personas para hacer actividades divertidas) y apoyo afectivo (expresiones de amor y afecto) (28).

Con los datos obtenidos se realizó análisis univariado (cálculo de medidas descriptivas), bivariado (uso de la prueba chi-cuadrado) y multivariado; en este último se realizó ajuste de las variables por medio de regresión logística con el cálculo de razones de prevalencia —RP— crudos y ajustados e intervalos de confianza del 95 % —IC—, se aplicó el criterio de Hosmer-Lemeshow. Además se construyó un modelo predictivo con el método backward (Wald) para el cálculo de las condiciones que mejor predicen la posibilidad de contar con un buen funcionamiento familiar. Con

las variables incluidas se construyó un modelo de ocho pasos con un 72,5 % de capacidad predictora, además del cálculo de la sensibilidad y especificidad. También se consideró significación estadística con valores p menores del 5 %.

RESULTADOS

Características demográficas y de salud mental

De los adultos mayores de las ciudades seleccionadas, el 34,2 % (518) fueron hombres con una razón hombre-mujer de 1,9 mujeres, de este mismo grupo poblacional. Al observar esta distribución por ciudad se aprecia predominio de las mujeres en las tres ciudades sin diferencias estadísticas, pero un poco mayor en Medellín (68,7 %). Por ciudad, tampoco se presentaron diferencias estadísticas por grupo de edad con una mayor proporción del grupo de 60 a 74 años (71,6 %). Respecto al ingreso económico en el mes anterior, el 43,9 % manifestó no tener ningún tipo de ingreso.

Al hacer comparaciones entre los adultos de las tres ciudades se encontraron diferencias estadísticas en la condición de estar con pareja y sin pareja: en Medellín se halló un porcentaje mayor (57,8 %) sin pareja; mientras en las otras dos ciudades predominó el estar con pareja, en Barranquilla 55,6 % y en Pasto 51,4 %. Se observaron también diferencias en el rol desempeñado en el hogar, predominando ser jefe (62 %) en general y por ciudad. En el nivel educativo se observó que más de la mitad de las personas mayores tienen formación de primaria (53,1 %), seguida de secundaria (27,4 %); aunque se resalta que uno de cada diez (10,6 %) no registra ninguna formación. Por ciudad hay diferencias estadísticas: principalmente en Pasto se encontró un mayor porcentaje de formación terciaria (10,1 %); en Medellín la educación primaria (58,4 %) y en Barranquilla un porcentaje del 11,7 % de personas mayores sin ninguna educación.

En los trastornos mentales no se observan diferencias en los pensamientos de atentar contra su vida, en donde la prevalencia de ideación suicida fue del 6,4 % con una mayor tendencia en los adultos mayores de Pasto (7,3 %). Se encontró diferencia entre los adultos mayores por ciudad: el 68,5 % presentó algún problema o riesgo, siendo mayor en los adultos de Pasto (38,9 %); también se halló que en la ciudad de Pasto hay un porcentaje más alto en el riesgo de ansiedad (20,9 %), riesgo de depresión probable o establecida (27,7 %).

En cuanto a la percepción de felicidad se encontró en Pasto un 26 % de adultos mayores que manifestaron sensación de infelicidad o indiferencia al respecto; este porcentaje en Medellín fue del 14,5 % y en Barranquilla del 4,9 %.

Características familiares

El funcionamiento familiar se midió a partir del APGAR familiar, encontrando que: el 6,2 % de las personas mayores presentan disfunción familiar severa; el 8,2 % la disfunción es moderada; el 24,3 % leve y el 61,2 % restante se considera con buena funcionalidad familiar; por ciudad se presentó mayor porcentaje de familias funcionales en Barranquilla (74,4 %) y el menor porcentaje en Pasto (42,3 %). El 90 % de los adultos mayores consideraron que en su familia no se presentan malos tratos. La vulnerabilidad de las personas mayores fue determinada a través del índice calculado por los autores y se determinó así que el 85,6 % presentó características que lo hacen vulnerable; siendo los residentes de Pasto los que presentaron la proporción mayor (86,5 %), seguido por Barranquilla (81 %) y Medellín (71,2 %). En cuanto al maltrato recibido por los integrantes de su familia se encontró que el 90,28 % de los adultos mayores no han sido maltratados; la prevalencia de maltrato fue mayor en Pasto (14,5 %) y la menor en Barranquilla (5,2 %). El apoyo emocional e instrumental, fueron considerados adecuados por los adultos mayores en más del 92 %.

Factores asociados a la funcionalidad familiar

Se exploró la asociación del funcionamiento familiar con las variables estudiadas, encontrando entre las familias funcionales un mayor porcentaje de adultos mayores pertenecientes a Barranquilla (41,3 %); siendo significativa la diferencia por ciudad ($p < 0,001$); predominó el sexo femenino (67,2 %); el grupo de edad de 60 a 74 años (72,8 %); las personas con pareja (53,9 %, $p < 0,001$); con ingreso socioeconómico (55,3 %) y con algún nivel educativo (91,4 %, $p < 0,001$) (tabla 1).

En cuanto a las características psicológicas, en las familias funcionales, se encontró: mayor prevalencia de adultos mayores con estado de salud mental normal (79,9 %), sin riesgo de ansiedad (93,4 %) ni depresión (94,3 %); además en quienes tenían apoyo emocional, instrumental y social adecuado. También en quienes manifestaron

no haber percibido malos tratos entre los miembros de su familia (93,5 %) y en quienes no habían sido maltratados (93,8 %). En cuanto a la percepción de felicidad del adulto mayor, se halló en las familias funcionales un mayor porcentaje de felicidad (93,16 %). Todas estas características mostraron asociación significativa con el funcionamiento familiar ($p < 0,001$) (tabla 1).

Para realizar el ajuste del modelo se tuvo en cuenta el criterio Hosmer-Lemeshow. Se observó que la probabilidad de convivir con familias funcionales es mayor en los adultos mayores de Barranquilla en comparación con los de Pasto (RP=2,48 IC 95 % 1,71-3,57), en las mujeres (RP=1,62 IC 95 % 1,15-2,29), en los adultos mayores felices (RP=3,66 IC 95 % 2,24-5,97), sin riesgo de depresión (RP=1,93 IC 95 % 1,02-3,64), que no son vulnerables (RP=1,66 IC 95 % 1,05-2,61) y en aquellos que tienen apoyo social (RP=2,30 IC 95 % 0,58-8,97) (tabla 2).

Tabla 1. Distribución porcentual de los adultos mayores según funcionamiento familiar y variables demográficas y familiares, 2016.

Características		Funcional		Disfuncional		X ²	Valor p
		n	%	n	%		
Demográficas							
Ciudad	Medellín	314	35,16	148	26,19	116,695	p<0,001*
	Barranquilla	369	41,32	131	23,19		
	Pasto	210	23,52	286	50,62		
Sexo	Hombre	293	32,81	210	37,17	2,908	0,088
	Mujer	600	67,19	355	62,83		
Grupo de edad en años	60-74	650	72,79	416	73,63	0,169	0,919
	75-89	228	25,53	139	24,60		
	90+	15	1,68	10	1,77		
Estado civil	Sin pareja	412	46,14	310	54,87	10,552	p<0,001*
	Con pareja	481	53,86	255	45,13		
Ingreso económico	Si	493	55,27	331	58,69	1,644	0,200
	No	399	44,73	233	41,31		
Nivel educativo	Ninguno	77	8,62	63	11,15	16,921	p<0,001*
	Primaria	446	49,94	327	57,88		
	Secundaria	276	30,91	135	23,89		
	Terciaria	94	10,53	40	7,08		
Salud mental							
Salud mental	Normal	695	79,89	340	61,15	59,821	p<0,001*
	Deteriorada	175	20,11	216	38,85		
Felicidad	Infeliz	60	6,84	169	30,07	138,122	p<0,001*
	Feliz	817	93,16	393	69,93		
Riesgo ansiedad	No	819	93,39	458	81,49	48,483	p<0,001*
	Si	58	6,61	104	18,51		
Riesgo depresión	No	842	94,29	421	74,51	116,81	p<0,001*
	Si	51	5,71	144	25,49		
Vulnerable	No	107	16,56	44	10,92	6,419	0,011*
	Si	539	83,44	359	89,08		
Apoyo emocional	Adecuado	878	98,76	458	81,35	142,183	p<0,001*
	Escaso	11	1,24	105	18,65		
Apoyo instrumental	Adecuado	874	98,31	483	85,79	88,398	p<0,001*
	Escaso	15	1,69	80	14,21		
Apoyo social	Adecuado	876	98,76	457	81,17	143,614	p<0,001*
	Escaso	11	1,24	106	18,83		
Familiares							
Malos tratos familiares	Si	58	6,49	86	15,22	29,604	p<0,001*
	No	835	93,51	479	84,78		
Maltrato	No	832	93,80	477	84,72	32,307	p<0,001*
	Si	55	6,20	86	15,28		

* Asociación estadísticamente significativa.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Factores asociados al funcionamiento familiar de adultos mayores. Medellín, Barranquilla y Pasto, 2016.

Características		RP crudo	IC95%	p	RP ajustado	IC95%	p
Demográficas							
Ciudad	Pasto	1,00	--		1,00	--	
	Medellín	2,89	2,22-3,76	p<0,001	2,13	1,48-3,05	p<0,001*
	Barranquilla	3,84	2,94-5,01		2,48	1,71-3,57	
Sexo	Hombre	1,00	--	0,088	1,00	--	0,005*
	Mujer	1,21	0,97-1,51		1,62	1,15-2,29	
Grupo de edad en años	60-74	1,04	0,46-2,34	0,921	1,55	0,49-4,85	0,449
	75-89	1,09	0,48-2,50	0,832	2,05	0,64-6,52	0,223
	90+	1,00	--		1,00	--	0,184
Estado civil	Sin pareja	1,00	--	0,001	1,00	--	0,174
	Con pareja	1,42	1,15-1,75		1,24	0,91-1,69	
Ingreso económico	No	1,00	--	0,200	1,00	--	0,585
	Si	0,87	0,71-1,08		0,92	0,67-1,25	
Nivel educativo	Ninguno	1,00	--	0,001	1,00	--	0,089
	Primaria	1,12	0,78-1,60	0,553	1,09	0,65-1,84	0,736
	Secundaria	1,67	1,13-2,47	0,010	1,40	0,79-2,46	0,238
	Terciaria	1,92	1,17-3,16	0,010	2,04	1,00-4,14	0,048
Salud mental							
Salud mental	Deteriorada	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,255
	Normal	2,52	1,99-3,20		1,31	0,82-2,09	
Felicidad	Infeliz	1,00	--	p<0,001	1,00	--	p<0,001*
	Feliz	5,86	4,26-8,05		3,66	2,24-5,97	
Riesgo ansiedad	Si	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,091
	No	3,21	2,28-4,51		0,57	0,30-1,09	
Riesgo depresión	Si	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,042*
	No	5,65	4,02-7,93		1,93	1,02-3,64	
Vulnerable	Si	1,00	--	0,012	1,00	--	0,030*
	No	1,62	1,11-2,36		1,66	1,05-2,61	
Apoyo emocional	Escaso	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,401
	Adecuado	18,30	9,73-34,40		1,71	0,49-5,93	
Apoyo instrumental	Escaso	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,054
	Adecuado	9,65	5,49-16,94		2,56	0,98-6,66	
Apoyo social	Escaso	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,232*
	Adecuado	18,47	9,83-34,72		2,30	0,58-8,97	
Familiares							
Malos tratos familiares	Si	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,297
	No	2,58	1,82-3,67		1,34	0,77-2,34	
Maltrato	Si	1,00	--	p<0,001	1,00	--	0,153
	No	2,73	1,91-3,89		1,51	0,86-2,66	

* Asociación estadísticamente significativa.

Fuente: elaboración propia.

Factores predictores

Para la construcción del modelo predictivo se incluyeron las variables: sexo; estado civil; ingreso económico; nivel educativo; salud mental; felicidad; ansiedad; depresión; vulnerabilidad; apoyo emocional; instrumental y social; malos tratos entre los miembros de la familia y maltrato.

Se observó que las características que mejor predicen la funcionalidad familiar son: ser mujer; ser feliz; no tener depresión; no ser vulnerable;

tener apoyo instrumental y social adecuado y no haber sido maltratado; esas variables explican el 25,1 % de la variabilidad de la funcionalidad familiar (R-cuadrado de Nagelkerke = 0,251). La prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow permitió concluir que el modelo es adecuado para representar los datos ($p=0,843$).

La prueba de Wald mostró que dichas variables influyen significativamente en el funcionamiento; siendo la felicidad, la característica con mayor peso (Wald = 4,349, $p<0,001$).

Tabla 3. Factores predictores del funcionamiento familiar de adultos mayores. Medellín, Barranquilla y Pasto, 2016.

Variable	Beta	Error típico	Wald	p
Sexo (Mujer)	0,461	0,158	8,497	0,004
Felicidad (Si)	1,47	0,238	38,224	0,000
Depresión (No)	1,031	0,244	17,875	0,000
Vulnerabilidad (No)	0,521	0,224	5,435	0,020
Apoyo Instrumental (Si)	0,965	0,476	4,104	0,043
Apoyo social (Si)	1,332	0,474	7,903	0,005
Maltrato (No)	0,532	0,269	3,914	0,048
Constante	-4,712	0,536	77,233	0,000

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la capacidad predictiva del modelo, la sensibilidad fue del 92,6 % y la especificidad del 40,8 %. El modelo tiene una probabilidad de

clasificar correctamente en un 72,5 % de los casos con un IC del 95 %.

Funcionalidad =

1

$$1 + e^{-4,712 - 1,47 \text{ felicidad} + 1,332 \text{ apoyo social} + 1,031 \text{ sin depresión} - 0,965 \text{ apoyo ins} + 0,532 \text{ no maltrato} - 0,521 \text{ no vulnerable} + 0,461 \text{ sexo}}$$

DISCUSIÓN

Se ha documentado que la vejez se acompaña del debilitamiento de la fuerza física y emocional, generando vulnerabilidad; el bienestar de los adultos mayores se ve afectado por factores personales, familiares y sociales (29); así como por situaciones experimentadas por ellos tales como la soledad, depresión y trastornos físicos que incrementan la necesidad de apoyo familiar y de una buena red social que brinde soporte emocional. Ya se ha documentado que a pesar de que las redes sociales de los adultos mayores son pequeñas, estas son relativamente densas proporcionalmente con interlocutores muy cercanos y por lo tanto la funcionalidad de sus familias se constituye en elemento clave dentro de los procesos de envejecimiento exitosos (23).

El presente estudio identificó que la proporción de adultos mayores que conviven con familias funcionales es del 61,2%. La principal característica asociada a esta funcionalidad y la que aporta más en su predicción fue la felicidad. Varios estudios en adultos mayores ya han venido documentando que la felicidad percibida ayuda a mejorar el bienestar mental y físico del individuo y también influye en sus relaciones interpersonales (30). De igual manera un estudio realizado con jubilados de Taipéi, Taiwán, encontró que las buenas relaciones familiares predicen una mayor felicidad; y esta a la vez es una variable mediadora entre las relaciones y la salud percibida (31). A una conclusión similar llegaron Azizi et al. (32), quienes documentaron que las buenas relaciones con los demás (familia, parientes y amigos) aumentan la felicidad.

La felicidad es una experiencia positiva que parte de la interpretación de cada sujeto sobre su vida (33). Los momentos de felicidad están relacionados al contacto familiar y social, a la autonomía y a la capacidad para trabajar proporcionando sentimiento de valor personal, autoestima y bienestar (34). La familia es el principal grupo social influyente en el desarrollo humano de los

adultos mayores (35); por tanto, un adecuado funcionamiento familiar debe ser considerado en las estrategias para el logro de procesos de envejecimiento exitosos.

A medida que aumenta la edad, la interacción social de los adultos mayores con desconocidos o personas externas disminuye; esto principalmente porque los adultos mayores propician mayor interacción con personas conocidas o familiares que con nuevos conocidos (23); las buenas relaciones familiares se encuentran asociadas de manera positiva con la felicidad, además de contribuir con el bienestar y calidad de vida (17).

Llobet et al., en 2011, determinaron que algunos adultos mayores se sienten bastante felices por estar contentos con los hijos, por la salud de la familia y por la adaptación a las circunstancias (36). En 2006 Inga ya había documentado que la familia constituye la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado y afecto, siendo la opción preferida de convivencia por los adultos mayores (37).

Asimismo, un estudio sobre el funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad halló que la cohesión familiar y la felicidad se encuentran relacionadas de manera positiva (16). La percepción de malos tratos entre los miembros de la familia es un predictor de la disfuncionalidad familiar, de acuerdo a un estudio realizado con 837 afroamericanos donde la interacción familiar negativa y el limitado contacto familiar afectaron negativamente la felicidad de las personas (38).

Otra de las características asociadas al funcionamiento familiar fue el contar con un buen apoyo social e instrumental, lo cual ha sido reportado en diferentes estudios en los que se resalta el aporte significativo de la red de apoyo en la felicidad de la población mayor (29, 39). Se identificó también que la ausencia de depresión se comportó como una característica asociada al funcionamiento familiar y que aporta a su predicción, reflejo de

que los síntomas depresivos afectan el bienestar subjetivo de las personas mayores (40). Respecto a esto, un estudio realizado en México concluyó que ambos problemas (es decir, la depresión y disfunción familiar) son frecuentes durante la vejez y se encuentran asociados de manera significativa (41). Saavedra et al. determinaron la asociación entre funcionalidad familiar (APGAR) y depresión (Yesavage) en 220 adultos mayores de 60 años; a partir de sus hallazgos reportaron que, aunque la funcionalidad familiar no estuvo relacionada con el grado de depresión, tener familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar (42).

Aunque gran parte de la literatura científica sobre envejecimiento y vejez se ha ocupado de la investigación de aspectos negativos como el malestar, la depresión y la infelicidad más que de la comprensión, potenciamiento o estimulación de los aspectos positivos del ser humano (3), los retos de país invitan a pensar el proceso de envejecimiento como una oportunidad de potenciar las capacidades de los adultos mayores para el goce de una vejez exitosa. Por tanto, al interior de este estudio, se reconocen dos factores positivos como estrategias en la atención de los adultos mayores: el funcionamiento familiar y la felicidad como elemento predictor del mismo, logran romper con los mitos del proceso de envejecimiento. Se ha demostrado que los adultos mayores pueden ser felices y pueden a la vez disponer de recursos de apoyo social suficientes dentro de los cuales la familia se constituye en su prioridad en la mayoría de los casos (23). Se recomienda el trabajo desde un componente positivo que involucre a las familias y a sus redes de apoyo social en el fortalecimiento conjunto de las capacidades, necesidades e intereses de este grupo poblacional, a fin de mantener percepciones

de felicidad adecuadas y lograr procesos exitosos de envejecimiento.

El trabajo, desde todas las aristas en procesos tanto de envejecimiento saludable como exitosos, ha despertado el interés por el estudio de factores positivos de la vejez. Por ello pensar en el bienestar de los adultos mayores es importante y la evidencia sugiere que los estados hedónicos positivos dentro de los que se encuentra la felicidad, la evaluación de vida y el bienestar eudómico (significado en la vida) son pertinentes a la salud y a la calidad de vida a medida que la población envejece (43). Aunque este estudio no indagó por la calidad de vida es un concepto en la misma dirección positiva de la felicidad y del funcionamiento familiar que le significan al adulto mayor garantías de bienestar. Tener un adecuado funcionamiento familiar está determinado por la percepción de felicidad; y esta a la vez por condiciones de una buena calidad de vida, indicador relevante en la salud de los adultos mayores principalmente.

CONCLUSIONES

La presente investigación resalta el papel fundamental del bienestar subjetivo de los adultos mayores en las relaciones familiares, además del peso significativo de las relaciones sociales y del buen trato entre los miembros de la familia. Se debe trabajar por un envejecimiento en el que la infelicidad no sea característica intrínseca de este y en el que las relaciones al interior de la familia permanezcan fortalecidas; considerando que, a medida que aumenta la edad, las personas pueden interactuar menos con desconocidos y mantener sus relaciones con cercanos; abogando así por una imagen positiva de la vejez como integrante activo de la familia y la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ> .pdf.
2. Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2008; 43 (2): 90-95.
3. Arias CJ, Iacub R. ¿Por qué investigar aspectos positivos de la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Publ UEPG Ciênc Humanas Linguist Lett E Artes.* 2013; 21 (2): 271-281.
4. Viveros E, Arias L. Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: características interaccionales. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2006.
5. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Rev Virtual Univ Católica Norte.* 2012; 1 (35): 326-345.
6. Milán L. El entorno familiar del adulto mayor. Realidad versus legislación. *Argum J Law.* 2011; 14 (14): 332-350.
7. Velásquez A. Diccionario especializado en familia y género. *Revista Interamericana de Bibliotecología.* 2006; 29 (2): 61-78.
8. Pérez M, Delgado A, Naranjo JA, Álvarez K, Díaz RC. Medio familiar de los adultos mayores. *Rev Cienc Médicas Pinar Río.* 2012; 16 (1): 97-104.
9. Fajardo E. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué. *Rev Salud Uninorte.* 2008; 24 (2): 248-257.
10. Pérez V, Lorenzo Z. El impacto del déficit mental en el ámbito familiar. *Rev Cuba Med Gen Integral.* 2007; 23 (3).
11. Herrera P. Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar. *Rev Cuba Med Gen Integral.* 2008; 24 (4).
12. Giraldo M, Inés C, Franco A, María G, Correa B, Stella L, et al. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2005; 23 (2): 7-15.
13. Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Localidad Kennedy, Bogotá, 2005. *Av En Enferm.* 2009; 27 (1): 69-81.
14. Oerlemans WGM, Bakker AB, Veenhoven R. Finding the key to happy aging: A day reconstruction study of happiness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011; 66 (6): 665-674.
15. Alarcón R. Felicidad: ¿qué hace feliz a la gente? *Revista de Psicología Universidad Católica del Perú.* 2002; 20: 170-196.
16. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Rev Peru Psicol Trab Soc.* 2017; 3 (1): 61-74.
17. Nguyen AW, Chatters LM, Taylor RJ, Mouzon DM. Social Support from Family and Friends and Subjective Well-Being of Older African Americans. *J Happiness Stud.* 2016; 17 (3): 959-979.
18. Sargun B, Case G. Cultural impact on happiness and subjective well-being of older adults. *Indian Journal of Health & Wellbeing.* 2014; 5 (11): 1773-1280.
19. Seguí Díaz M. ¿Influye la felicidad en la mortalidad? *SEMERGEN.* 2017; 43 (3): 232-233.
20. Bennett PN, Weinberg MK, Bridgman T, Cummins RA. The happiness and subjective well-being of people on haemodialysis. *Journal of Renal Care.* 2015; 41 (3): 156-161.
21. Vera P, Celis K, Córdova N. Evaluación de la felicidad: análisis psicométrico de la escala de felicidad subjetiva en población chilena. *Ter Psicol.* 2011; 29 (1): 127-133.

22. Martínez S. La familia: una aproximación desde la salud. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2001; 17 (3): 257-262.
23. Fung HH, Carstensen LL, Lang FR. Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *Int J Aging Hum Dev*. 2001; 52 (3): 185-206.
24. Bellón J, Delgado A, Del Castillo L, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996; 18 (6): 289-296.
25. Barrios MVÁ, Villarroel MS. Validez y confiabilidad de la Escala de Felicidad de Lima en adultos mayores venezolanos. *Univ Psychol*. 2012; 11 (2): 381-393.
26. Giraldo LG, Rosas O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int*. 2013; 13: 466-474.
27. Bacca A, González A, Uribe A. Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensam Psicológico*. 2010; 1 (5): 53-63.
28. Arredondo NHL. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res*. 2012; 5 (1): 142-150.
29. Moeini B, Barati M, Farhadian M, Ara MH. The Association between Social Support and Happiness among Elderly in Iran. *Korean J Fam Med*. 2018; 39 (4): 260-265.
30. Anila M, Dhanalakshmi D. Hope, happiness, general health and well-being among the elderly. *Indian J Health Wellbeing*. 2014; 5 (4): 448-451.
31. Chiang H, Lee TS. Family relations, sense of coherence, happiness and perceived health in retired Taiwanese: Analysis of a conceptual model. *Geriatr Gerontol Int*. 2017; 18 (1): 154-160.
32. Azizi M, Mohamadian F, Ghajarieah M, Direkvand-Moghadam A. The Effect of Individual Factors, Socioeconomic and Social Participation on Individual Happiness: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2017; 11 (6): VC01-VC04.
33. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective wellbeing: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol*. 2003; 54: 403-425.
34. Carvalho M, Martins M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estud Psicol Camp*. 2008; 25 (2): 303-307.
35. Hernández P, Fernando J, de León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. *Rev Médica Electrónica*. 2011; 33 (4): 472-483.
36. Llobet MP, Ávila NR, Farràs JF, Canut MTL. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19 (3): 467-475.
37. Inga A, Vara H. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ Psychol*. 2006; 5 (3): 475-486.
38. Nguyen AW, Chatters LM, Taylor RJ, Mouzon DM. Social Support from Family and Friends and Subjective Well-Being of Older African Americans. *Journal of happiness studies*. 2016; 17 (3): 959-979.
39. Keykhosravi Beygzadeh Z, Rezaei A, Khalouei Y. The relationship between social support and life satisfaction with happiness among home-dwelling older adults in Shiraz. *Iran J Ageing*. 2015; 10: 172-179.
40. Li M, Dong X. The Association Between Filial Piety and Depressive Symptoms Among U.S. Chinese Older Adults. *Gerontol Geriatr Med*. 2018; 4: 1-7.
41. Zavala-González MA, Domínguez Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*. 2010; 2 (1): 41-48.

42. Saavedra-González AG, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 2016; 23 (1): 24-28.
43. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet.* 2015; 385 (9968): 640-648.