

Características de la salud familiar en los hogares de adolescentes con conducta adictiva

Characteristics of Family Health at Homes of Adolescents with Addictive Behavior

Yordanka Rodríguez Yero
Dayne Rivera Peña
Odalys González Collazo
Ivonne Ortega Pérez

RESUMEN

Introducción: Por la implicación que tiene en el desarrollo integral del ser humano y su trascendental rol como mediadora del proceso salud-enfermedad, la salud familiar ha cobrado especial interés para aquellos que estudian a las familias.

Objetivo: Caracterizar la salud familiar de hogares de adolescentes con conducta adictiva pertenecientes al área de salud del Policlínico 5 de Septiembre, del municipio Playa, durante el año 2016.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en una muestra de tipo intencional de 21 familias de los adolescentes que fueron atendidos durante el año 2016 en las consultas de psicología y psiquiatría del Policlínico 5 de Septiembre, del municipio Playa, La Habana. Fueron estudiadas las variables socioeconómica, que incluye condiciones materiales de la vivienda, módulo de equipamiento de electrodomésticos, servicios básicos e ingreso salarial; funcionamiento familiar, en la que se analizó las características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar. Se utilizó como instrumento un cuestionario, el test de percepción del funcionamiento familiar, el inventario de características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar.

Resultados: Disponían de ingresos familiares medio el 76,2 % de las familias, el 90,5 % contaba con servicios básicos del hogar y condiciones satisfactorias de la vivienda y el 95,2 % tenían el módulo de equipamiento de electrodomésticos. La estructura familiar extensa estuvo representada por el 42,8 %, seguida de la monoparental en el 28,6 %, con una percepción de la dinámica relacional como disfuncional en el 61,9 % de los hogares. El 52,4 % de las familias presentaron una criticidad severa con afectaciones graves a la salud.

Conclusiones: Predominaron las familias extensas y monoparentales con satisfactorias condiciones de la vivienda, servicios básicos completos, tenencia del módulo de equipamiento de electrodomésticos e ingreso salarial medio. Prevalcieron las familias disfuncionales, de criticidad severa, con afectaciones graves a la salud familiar.

Palabras clave: salud familiar; conducta adictiva; adolescentes; familia.

ABSTRACT

Introduction: Family Health has received special interest for all those who study the family, for the implication of it in the integral development of the human being and its transcendental role as mediator of the health-disease process.

Objective: Characterize the Family Health at homes of adolescents with addictive behavior, at September 5 polyclinic, in 2016.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was carried out in an intentional sample of 21 adolescents' families. The socioeconomic variable, which includes material housing conditions, module of household appliances, basic services and salary income; the variables of family functioning, family risk characteristics and Family Health matrix were studied. A questionnaire, the family functioning perception test (FF-SIL), the inventory of risk family characteristics and the Family Health matrix were used as instruments.

Results: 90,5 % of families had basic household services and satisfactory housing conditions, 95,2 % had the appliance equipment module and 76,2 % had an average salary income. 42,8 % had an extended family structure, and 28,6 % had single-parent structure, with a perception of relational dynamics as dysfunctional in 61,9 % of them. 52,4 % of families had a severe chain reaction state with serious effects on Family Health.

Conclusions: Extended and single-parent families predominated with satisfactory housing conditions, complete basic services, possession of the appliance equipment module and average salary income. Dysfunctional families prevailed having a severe chain reaction state with serious effects on Family Health.

Keywords: Family Health; addictive behavior; adolescents; family.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la estrategia de la Atención Primaria en Cuba, el sistema de salud brinda especial interés a la familia, pues en ella se satisfacen las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar. La salud familiar constituye uno de sus principales objetivos. Está en su competencia enseñar los comportamientos saludables, producir mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con las enfermedades, sus secuelas y con la muerte.

Importantes estudios coinciden en que la familia constituye un espacio de vivencias de primer orden, el escenario donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo. Por tal razón, desempeña funciones que le han sido socialmente asignadas y que resultan de vital importancia para la salud.⁽¹⁻⁴⁾

Dada la importancia de la salud familiar, y su relación con este complejo grupo social, diversos han sido los estudios que han abordado esta problemática de salud tanto en Cuba,⁽⁵⁻⁷⁾ como en el contexto internacional.⁽⁸⁻¹¹⁾

Sin embargo, el estudio de las conductas adictivas, desde este enfoque familiar en salud, no ha sido igualmente abordado. Como se pudo apreciar en la literatura consultada, la tendencia más generalizada ha sido estudiar este importante fenómeno desde la individualidad, teniendo en cuenta aquellos factores psicosociales de riesgo que predisponen a las personas hacia las adicciones, pero no se ha profundizado en cuáles son las características del grupo familiar que constituyen riesgos.

Las drogodependencias y las conductas adictivas, constituyen en la actualidad un grave y complejo fenómeno social. La actual significación social de esta problemática es considerada como uno de los principales problemas de salud a los que se enfrenta la humanidad en el presente siglo.

Las estadísticas plantean que hoy la prevalencia de personas adictas en el mundo es de aproximadamente 400 millones. Se considera que el consumo de drogas afecta a la tercera parte de la población mundial, el 10 % de ella como adictos, el 7 % como personas afectadas por conductas bajo la influencia de las drogas y el 20 % como drogadictos pasivos.^(12,13) La alta disponibilidad de drogas, tanto legales como ilegales, conduce a que exista cada vez más un mayor número de personas expuestas, fundamentalmente adolescentes y jóvenes.

A pesar de que en Cuba el fenómeno de las adicciones no constituye aún un problema de salud para la población, el sistema de salud presta especial atención a aquellos grupos de riesgo, en especial a los adolescentes, considerados como grupo priorizado con lineamientos muy precisos.⁽¹⁴⁾ De ahí que se enfatice en la necesidad de reforzar la labor de orientación social de las nuevas generaciones y las acciones preventivas y promocionales dentro de este grupo y sus familias.

El presente artículo se propone caracterizar la salud familiar de hogares de adolescentes con conducta adictiva pertenecientes al área de salud del Policlínico 5 de Septiembre, del municipio Playa, durante el año 2016.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de casos, de corte transversal, a las familias de los adolescentes con conducta adictiva perteneciente al área de salud del Policlínico 5 de Septiembre en el periodo de enero a diciembre de 2016.

Durante la realización de las consultas de psicología y psiquiatría en el área de salud del Policlínico 5 de Septiembre, se constató la existencia de un elevado número de familias que asistieron a consulta en busca de ayuda profesional, debido al comportamiento preocupante o consumo perjudicial de alcohol u otra droga de sus hijos adolescentes. La alta asistencia a esas consultas guarda relación, desde el punto de vista estadístico, con el aumento de la incidencia de adolescentes consumidores de drogas en el área de salud, cuyo comportamiento durante el año 2016 fue de 21. La muestra quedó conformada, entonces, por igual cantidad de familias.

Se incluyeron en el estudio todas las familias que asistieron a la consulta durante el año 2016 y que dieron su consentimiento de participar en la investigación. Fueron motivo de exclusión la existencia de retraso mental u otro trastorno psiquiátrico en alguno de los participantes, lo que podía invalidar la veracidad de la información recogida.

Los datos relacionados con las características socioeconómicas y de estructura familiar fueron recogidos utilizando un cuestionario. Asimismo, se aplicó el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL), para evaluar el funcionamiento de la familia a partir de la percepción de sus miembros; y el Inventario de características familiares de riesgo, que consta de 50 características de riesgo potencial a la salud familiar y que se distribuyen en dimensiones tales como: contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos normativos, procesos críticos de salud, procesos críticos paranormativos, afrontamiento familiar y apoyo social.

La valoración cuanti-cualitativa de la situación de salud familiar y su representación en el espacio matricial, se llevó a cabo a partir del cruce que se realiza entre los resultados del instrumento FF-SIL (relaciones familiares), y el inventario de características familiares de riesgo (criticidad familiar), lo que permitió aproximarse a la red de relaciones que configura la salud de cada una de las familias estudiadas.

RESULTADOS

Variable socioeconómica

En relación a las condiciones materiales de la vivienda y servicios básicos del hogar, se obtuvo que en 19 (90,5 %) familias las condiciones de las viviendas era satisfactoria, y contaban con los servicios básicos del hogar. Estas casas o apartamentos se caracterizaban por poseer techo de placa o madera (algunos con filtraciones), paredes de mampostería o madera bien elaborada, piso de granito u hormigón, instalación de agua y servicio sanitario dentro del hogar.

Solo 2 (9,5 %) casos vivían en condiciones insatisfactorias de la vivienda, en la que no disponían de algunos de los servicios básicos, tales como agua, gas y/o electricidad.

En 20 (95,2 %) familias se constató la disponibilidad y existencia en el hogar de los efectos electrodomésticos básicos para la satisfacción de las necesidades familiares. Resultado que nos indican la existencia de condiciones materiales de vida favorecedoras de la salud y el bienestar; algunas, como el acceso a la comunicación y la información educacional, cultural y política, completamente resuelta en todos los casos.

En relación al presupuesto con el que dispone la familia se obtuvo que 10 (47,6 %) de las familias estudiadas disponían de ingresos medios altos, con un per cápita mensual entre los 501 y 1000 pesos, seguido en orden de los ingresos medios bajos, representado por 6 (28,6 %) familias. Los menores porcentajes se obtuvieron en los ingresos altos y bajos, con 14,3 % (3) y 9,5 % (2), respectivamente.

Estos salarios, en alguna medida, pueden cubrir las necesidades básicas de los miembros de las familias estudiadas. En ese sentido, la situación económica de las familias es favorable, debido al desarrollo de un conjunto de estrategias económicas que elevan los ingresos monetarios del hogar y su nivel adquisitivo.

Estructura familiar

La **tabla 1** muestra la distribución de las familias de los adolescentes con conducta adictiva, según la estructura de los hogares. En los resultados obtenidos predominan las familias extensas (9; 42,8 %), que son aquellas donde conviven más de dos generaciones y están basadas en los vínculos de sangre.

Tabla 1. Distribución de las familias de los adolescentes, según estructura familiar

Composición del hogar	No. (n= 21)	%
Familia nuclear biparental	2	9,5
Familia nuclear monoparental	6	28,6
Familia nuclear reconstituida	3	14,3
Familia extensa	9	42,8
Familia ampliada	1	4,8
Total	21	100

Al realizar el análisis de las familias nucleares se pudo constatar que estas estuvieron representadas por 11 hogares, lo que constituye el 52,3 % de las familias estudiadas. De ellas, el mayor porcentaje estuvo en las familias monoparentales 28,6 %.

La existencia de familias monoparentales indica que en estos hogares, en algún momento del ciclo vital de la familia, existió un acontecimiento que provocó el desmembramiento, ya sea por divorcio o separación. Esto pudiera haber incidido desfavorablemente en el cumplimiento de las funciones afectivas y educativas de la familia y en la posibilidad de crear un ambiente de protección y seguridad para los hijos.

Funcionamiento familiar

En relación al funcionamiento de las familias, 52,4 % clasificó en la categoría de disfuncional; mientras 8 (38,1 %) hogares fueron catalogados como moderadamente funcionales. Este tipo de familia, aunque no posee del todo una dinámica relacional inadecuada, es considerada con riesgo de disfuncionalidad, por las posibles afectaciones en alguno de sus procesos relacionales.

Se detectaron 2 (9,5 %) familias severamente disfuncionales y no se constató la presencia de familias diagnosticadas en la condición de funcional.

Al unir los resultados de los diagnósticos de familias disfuncionales y severamente disfuncionales, teniendo en cuenta que en ambos se establece una dinámica relacional inadecuada, se pudiera decir, entonces, que 13 (61,9 %) de las familias estudiadas viven en ambientes familiares de tensión y desequilibrio, lo que contribuye a que se muestren incapaces de identificar y afrontar adecuadamente los problemas del hogar.

Al realizar un análisis acerca del aporte y expresión negativa de cada una de las categorías a la disfuncionabilidad familiar es importante destacar que, excepto en la cohesión y la permeabilidad, todas las demás se detectaron en más de la mitad de las familias estudiadas (Tabla 2).

Tabla 2. Tasa de prevalencia de los componentes de la disfuncionalidad

Indicadores	Funcionamiento familiar						Total	
	Familia moderadamente funcional (n= 8)		Familia disfuncional (n= 11)		Familia severamente disfuncional (n= 2)			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cohesión	1	12,5	2	18,2	2	100,0	5	23,8
Armonía	2	25,0	7	63,6	2	100,0	11	52,4
Rol	5	62,5	11	72,3	2	100,0	18	85,0
Afectividad	1	12,5	5	45,4	2	100,0	8	38,1
Comunicación	6	75,0	10	90,9	2	100,0	18	85,0
Adaptabilidad	8	100,0	9	81,9	2	100,0	19	90,5
Permeabilidad	1	12,5	4	36,4	2	100,0	7	33,3

Fuente. Instrumento FF-SIL

La adaptabilidad estuvo representada por 19 (90,5 %) familias: estos hogares se caracterizaron por poseer poca habilidad para cambiar la estructura de poder, los roles y las reglas ante los acontecimientos de vida.

Otras de las categorías que tuvieron un elevado aporte a la disfuncionabilidad fueron los roles y la comunicación, las que estuvieron representadas por 18 (85 %) familias. Este resultado significa que pudieran existir dificultades en el cumplimiento de las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar, así como en los patrones de interacción a través de los cuales cada uno de sus miembros interactúa e intercambia mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. Asimismo, expresa el grado o la medida en que sus miembros no han aprendido a manifestar adecuadamente sus sentimientos en relación con los otros o no han sido capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Criticidad familiar

Las características familiares de riesgo fueron detectadas en toda la muestra. La acción combinada de dichas características eleva las exigencias a la familia y la pone en condición de sobre esfuerzo para afrontar la vida cotidiana.

El 52,4 % de las familias incluidas en el estudio presentaron criticidad severa; 4 (19 %) criticidad moderada y leve; por último, solo 2 (9,6 %) resultaron tener criticidad extrema.

Al analizar comportamiento de las diferentes dimensiones que conforman el inventario de características familiares de riesgo (Tabla 3), las dimensiones de los procesos críticos normativos y de la salud fueron detectadas en todas las familias objeto de estudio.

Las características de riesgo más frecuentes fueron: adolescente en el hogar, referida en el 100 % de los casos y, en 9 (42,8 %), senescentes en el hogar.

Tabla 3. Distribución de las familias de los adolescentes, según dimensiones de la criticidad familiar

Dimensiones de la criticidad familiar	No.	%
Contexto socioeconómico y cultural	3	14,3
Composición del hogar	15	71,4
Procesos críticos normativos	21	100
Procesos críticos de salud	21	100
Procesos críticos paranormativos	2	9,5
Afrontamiento familiar a la enfermedad	0	0
Apoyo social	3	14,3

Fuente: Inventario de características familiares de riesgo.

Estos resultados expresan que los hogares estudiados se encuentran atravesando procesos críticos normativos que repercuten en la dinámica familiar, en tanto elevan las exigencias a la familia frente a las tareas, conflictos y problemas de cada etapa. Especialmente, se pudo apreciar marcadas dificultades en las categorías que integran el funcionamiento familiar.

La existencia de algún integrante de la familia con conducta adictiva fue otra característica de riesgo que presente todas las familias. Hubo 2 (9,5 %) familias con integrantes en procesos de separación o divorcio.

Ambas características de riesgo constituyen acontecimientos de vida de alto valor y significación individual y colectivo; complejizan la vida familiar y entrañan contradicciones en la organización y funcionamiento, requieren de modificaciones funcionales y el uso de recursos familiares para hacerle frente.

En la dimensión de la composición del hogar las características que con más frecuencia se manifestaron en las encuestadas fueron la convivencia de tres o más generaciones (9; 42,8%) y un solo progenitor al cuidado de hijos menores (6; 28,6 %).

Matriz de salud familiar

Al representar los resultados obtenidos en el espacio matricial o matriz la salud familiar (Fig.), se puede apreciar que el cuadrante número cuatro quedaron ubicadas el mayor número de familias (12; 57,1 %), lo que supone una expresión de afectaciones muy graves a la salud familiar debido a la cantidad y relevancia de las características familiares de riesgo. Estas familias están en condición de criticidad elevada y las relaciones intrafamiliares son disfuncionales.

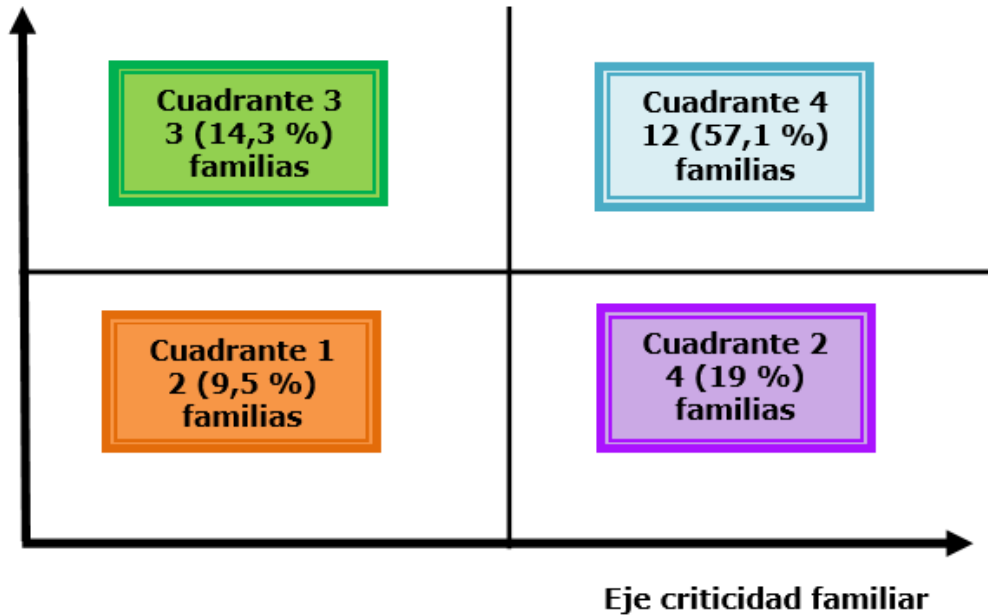


Fig. Distribución de las familias de los adolescentes, según matriz de la salud familiar

Este tipo de familia presenta una vida cotidiana con elevadas exigencias y no poseen un sistema relacional funcional que permita los cambios de roles, la flexibilidad de las normas y patrones, los que suelen conseguirse mediante el afecto, la unión y la comunicación y, que, a su vez, permiten tomar decisiones efectivas en función del desarrollo biopsicosocial de sus integrantes, así como mantener un comportamiento de grupo ajustado a las contingencias de vida socio-familiar.

La manifestación negativa de los procesos relacionales en el interior de las familias, limita su capacidad adaptativa, por lo que su comportamiento ante las contingencias de vida socio-familiar es caótico y desajustado.

En el cuadrante tres de la matriz de salud familiar se agruparon 3 (14,3 %) de las familias estudiadas. Presentaron afectación grave a la salud familiar, a expensas de una importante disfunción de las relaciones intrafamiliares en condiciones de baja o nula criticidad. En ellas prevalecieron las expresiones negativas de los procesos relacionales, que apuntan disfuncionalidad, pueden requerir atención psicológica especializada, aún cuando las características estructurales de riesgo se presentan en un porcentaje muy bajo.

En el cuadrante dos quedaron ubicadas 4 (19 %) familias con afectaciones graves a la salud a expensas de la elevada criticidad, ya que presentaron características de riesgo, pero con un moderado nivel de funcionamiento.

Como se pudo constatar en el análisis de los indicadores del funcionamiento familiar, estos hogares mantienen conservados algunos de los procesos relacionales, a pesar de las elevadas exigencias de la vida. Tal es el caso de la cohesión, la armonía y la comunicación. En alguna medida, son familias en las que se establecen adecuados vínculos y sentimientos de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto, sus miembros suelen expresar, tanto sentimientos positivos, como negativos.

Por último, en el cuadrante 1 quedaron ubicadas 2 de las familias participantes en el estudio. Estos resultados indican que solo el 9,5 % se encontraban en condición de ajuste familiar, debido a que presentaban características familiares de riesgo poco relevantes a la salud familiar, con expresiones moderadamente positivas de los procesos relacionales, como la cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad.

Tales familias son llamadas potenciadoras del desarrollo, ya que se caracterizan por proporcionar a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar, en ellas predominan patrones comunicativos directos y claros, donde sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos.

La matriz de salud familiar permite representar en el espacio la síntesis integradora de los instrumentos FF-SIL e Inventario de características familiares de riesgo. Pudiera decirse, entonces, que la disfunción intrafamiliar, presente en el 61,9 % de las familias evaluadas, y la elevada criticidad familiar, existente en el 80,9 %, constituyen resultados que se traducen en que el 57,1 % de los hogares estudiados se caractericen por convivir en ambientes de tensión y desequilibrio, con dificultades para proveer a sus integrantes modelos de comportamientos saludables.

DISCUSIÓN

La vida material de la familia va a reflejar en su microespacio social, las condiciones socioeconómicas del contexto de su desarrollo, aunque se encuentra sujeta a fluctuaciones, constituyen la base sobre la que se dan los procesos evolutivos y de funcionamiento que condicionan la salud familiar.

En este sentido Arés, hace referencia a que el sustrato material para el funcionamiento de las relaciones familiares lo conforman: las condiciones materiales de la vivienda, el equipamiento doméstico, el ingreso per cápita y el nivel educacional promedio de los miembros de la familia.⁽²⁾

La existencia de condiciones materiales de vida favorecedoras de la salud y el bienestar está avalado por el Censo de Población y Vivienda, en el que se declaró que el 95,5 % de los hogares del país disponían del servicio de agua, electricidad y gas.⁽¹⁵⁾

Resultados coincidentes fueron los obtenidos por *Lazo*,⁽¹⁶⁾ quien constató que el 91,3 % y el 96,1 % de los participantes en su investigación manifestaron tener condiciones materiales de la vivienda satisfactorias y los servicios básicos del hogar completos.

Asimismo, investigaciones realizadas en países como México⁽¹⁷⁾ y España,⁽¹⁸⁾ han evidenciado la asociación de las malas condiciones de vida del hogar con el crecimiento y desarrollo psicológico infantil, y con problemas tales como: desórdenes emocionales en padres, madres e hijos, abuso de sustancias, conducta suicida e incremento de los conflictos intrafamiliares.

En relación a la situación económica *Rodríguez*⁽¹⁹⁾ e *Hidalgo*⁽²⁰⁾ obtuvieron que las familias estudiadas contaban con salarios medios para satisfacción de las necesidades familiares, resultados similares a los de esta investigación.

Las estadísticas de nuestro país informan el predominio de las familias extensas, donde se plantea la convivencia multigeneracional, de acuerdo a indicadores de complejidad.⁽¹⁵⁾ Según *Ibarra*,⁽²¹⁾ dicha estructura pudiera complejizar la red de relaciones que se establece hacia el interior de los hogares, ya que el adolescente puede ser objeto de demandas contradictorias, que obstaculizan la socialización debido a la carencia de patrones consistentes.

Acosta y otros,⁽²²⁾ al estudiar los factores de riesgo en la adolescencia, verificaron que del total de familias que estudiaron, las monoparentales ocupaban el 57,8 %. Sin embargo, *Rodríguez*,⁽¹⁹⁾ al estudiar la salud familiar, comprobó que la mayoría de los sujetos de su muestra vivían en familias extensas (59,1 %), seguido de las familias monoparentales (28,2 %); resultados similares a los de este estudio. Por el contrario, *Méndez* y otros⁽⁶⁾ y *Lastre*,⁽²³⁾ expusieron conclusiones en los que la estructura de la mayoría de las familias estudiadas era nuclear biparental.

Arés⁽²⁾ reflexiona sobre el alto índice reportado de familias monoparentales, lo que pudiera estar asociado a las transformaciones operadas en el rol de la mujer y su impacto en los modelos de relación, la libertad sexual, los profundos cambios operados en los conceptos del amor y estructuras de poder en la pareja, entre otras causas.

Louro⁽¹⁾ enfatiza sobre la necesidad de prestar especial atención a las familias monoparentales, por el papel primordial que desempeñan ambos padres en el desarrollo emocional de los hijos, durante la adolescencia.

El funcionamiento familiar constituye una de las dimensiones que conforman la salud familiar, y está relacionado con el mantenimiento de la salud o de la enfermedad que se produce hacia el interior de estos hogares.

Esta dimensión es un indicador de que en las familias de los adolescentes que presentaron conducta adictiva no existe una adecuada dinámica relacional entre sus integrantes, lo que pudiera afectar el desarrollo de cada uno de sus miembros y sus comportamientos salutogénicos. En varios estudios^(6,23-25) se ha confirmado la importancia del funcionamiento familiar, base de la salud familiar, en el análisis de las conductas adictivas de los adolescentes.

Estudios acerca de los comportamientos preocupantes en niños y adolescentes han mostrado que, al existir adecuadas relaciones familiares, factores de riesgo tales como, las malas condiciones de vida y las propias características de la adolescencia, no agudizaban la situación de salud familiar.⁽⁸⁾

Rabelo y Ortiz⁽²⁵⁾ en una investigación realizada en familias de adolescentes, pudieron observar que el total de los hogares estudiados aplicaban castigos físicos a sus hijos, y que existían patrones de comunicación caracterizados por gritos, injurias, maldiciones e insultos.

En el presente estudio, casi la totalidad de las familias refirieron percibir una distribución de las tareas y responsabilidades del hogar poco equitativa, lo que puso de manifiesto la rigidez en la asignación de los roles y la sobrecarga de labores cotidianas en las figuras femeninas, trayendo para ellas tensión y sensación de agobio. Esto es común cuando en los hogares la madre asume múltiples roles y es señalada como una de las personas que tiene mayor dominio en la distribución de las tareas domésticas y participación de actividades familiares.

Según *Arés*,⁽²⁾ las elevadas exigencias sociales y el papel que ocupa la mujer en la sociedad, desde el punto de vista económico, ha producido cambios en los modelos familiares, donde surge una cierta democratización de los roles domésticos y una mayor participación del hombre y los hijos en las tareas antes destinadas exclusivamente a ellas.

Al analizar el funcionamiento familiar desde un enfoque sistémico se aprecia que está compuesto por múltiples subsistemas de categorías: cohesión, armonía, afectividad, comunicación, roles, adaptabilidad y permeabilidad, entre las que se establecen nexos y relaciones en interacción dinámica. Cuando una, algunas o todas no cumplen adecuadamente su función, afectan el funcionamiento familiar como sistema.

Similares resultados a los obtenidos en la variable criticidad familiar de esa investigación, fueron expuestos por *Lazo*,⁽¹⁶⁾ y más tarde por *Rodríguez*,⁽¹⁹⁾ al estudiar la salud familiar en hogares de adolescentes donde, igualmente, pudieron observar el predominio del nivel de criticidad severa y, en menor medida, la criticidad moderada y leve.

Resultados no coincidentes fueron los obtenidos por *Méndez* ⁽⁶⁾ al constatar que el 77,5% de las familias estudiadas clasificaron en las categorías de criticidad leve o nula.

La adolescencia es una etapa en la que la familia se convierte en un blanco vulnerable al advenimiento de conflictos comunicativos y jerárquicos en las estructuras de poder. El adolescente establece nuevas formas de relación con los adultos, a veces generadoras de conflictos y que agudizan las manifestaciones de la llamada "crisis de la adolescencia".

La existencia de senescentes los hogares constituye un evento que hace de la adultez media una de las etapas del desarrollo más estresadas, por las determinadas responsabilidades que debe enfrentar. Asimismo, datos estadísticos hacen alusión a que el envejecimiento de la población en Cuba es similar al de muchos países desarrollados, y se encuentra entre los que tienen un índice más elevado dentro de este grupo de países.^(15,27)

Herrera,⁽³⁾ al evaluar el impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de los hogares, encontró que los acontecimientos de tipo paranormativos, entre los que se encuentran el consumo de drogas, el alcoholismo y otros, predisponen y potencian la afectación de la salud familiar. Asimismo, plantea que los cambios provocados en la familia, ya sean por su propio crecimiento, como por problemas de salud o por los eventos accidentales, generan demandas adicionales que constituyen momentos de riesgo y vulnerabilidad para el sistema familiar y su salud.

Rodríguez⁽¹⁹⁾ y Serrano y otros⁽⁷⁾, al evaluar la salud familiar de adolescentes constataron el predominio de familias con afectaciones a la salud familiar ubicadas en los cuadrantes 2 y 4 de la matriz de la salud familiar. Ese resultado coincide con el de este estudio.

Por su parte Méndez,⁽⁶⁾ al aplicar este instrumento para el estudio de las estrategias de afrontamiento de las familias con hijos de alto rendimiento, verificó que el 95 % de las familias estudiadas se encontraban en situación de ajuste familiar, ubicadas en el cuadrante número 1 de la matriz de la salud familiar, resultados diferentes a los expuestos en nuestros resultados.

En conclusión, en nuestros resultados predominaron las familias extensas y monoparentales con satisfactorias condiciones de la vivienda, servicios básicos completos, tenencia del módulo de equipamiento de electrodomésticos e ingreso salarial medio. Prevalcieron las familias disfuncionales, de criticidad severa, con afectaciones graves a la salud familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louro I. Campo de la salud del grupo familiar. En Medicina General, 3ra Ed.. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. vol. I, cap. 44. Acceso: 22/09/2016. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo1_3raedicion/cap19.pdf
2. Arés P. Actualización en salud mental. Familia. Centro Latinoamericano de Eventos Médicos, Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas; 2008.
3. Herrera PM. Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia. [Tesis Doctorado] [Internet]. La Habana: Facultad Calixto García Iñiguez; 2010. Acceso: 09/04/2016. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/286/1/Herrera_Sant%C3%AD.pdf
4. Zaldívar D. Psicología, salud y bienestar. La Habana: Ediciones Liber; 2011.
5. Pi Osoria A, Cobián Mena AE. Clima familiar: una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Revista Multimed, 2016;20(2). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/164/160>
6. Méndez Sutil V, Louro Bernal I, Bayarre Veá H. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011;27(1). Acceso: 09/04/2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100001

7. Serrano Patten A, Louro Bernal IL. La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklémica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010;36(1):38-53. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100006&lng=es
8. Escalante F, López R. Enciclopedia comportamientos preocupantes en niños y adolescentes. México D.F.: Asesor Pedagógico S.A de C.V; 2008.
9. Musitu Ochoa G, Estévez López E, Jiménez Gutiérrez TI. Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes. Colección Acción Familiar. Madrid: Ediciones Cinca; 2010.
10. Galicia-Moyeda IX., Sánchez-Velasco A, Robles-Ojeda FJ. Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. Anal. Psicol. [Internet]. 2013;29(2):491-500. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200020&lng=es
11. Cutrín O, Gómez-Fraguela JA, Luengo MÁ. Peer-group mediation in the relationship between family and juvenile antisocial behavior. The European Journal of Psychology Applied to Legal Context [Internet]. 2015;7(2):59-65. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.11.005>
12. González Menéndez R. Misión: Rescate de adictos. Guía para la relación de ayuda con toxicómanos. La Habana: Ediciones Abril; 2012.
13. Fabelo Roche JR. La psicología ante determinadas enfermedades y problemas de salud. Consumo de drogas y salud. Material Docente: Diplomado Abordaje integral de las adicciones. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2016.
14. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones del Ministerio de Salud Pública. La Habana; 2016.
15. ONE. Oficina de estadísticas e información. Censo de Población y Vivienda; 2012.
16. Lazo A. Funcionamiento familiar y riesgo familiar en gestantes adolescentes del policlínico universitario Dr. Manuel Fajardo Rivero [Tesis de Licenciatura]. Universidad de la Habana, Facultad de Psicología; 2010.
17. Pérez- Amezcua B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, de Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud Pública México. 2010;52(4):324-33. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008
18. Martínez-Hernández Á, Marí-Klose M, Julià A, Escapa S, Marí-Klose P, DiGiacomo S. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. Gac Sanit [Internet]. 2012; 26(5):421-8. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.030>

19. Rodríguez Y. La salud familiar y algunas de sus características en los hogares de adolescentes maltratados [Tesis de Licenciatura]. Universidad de la Habana, Facultad de Psicología; 2012.
20. Hidalgo V. Estudio de la subjetividad familiar en familias de alto capital cultural y bajo capital económico [Tesis de Licenciatura]. Universidad de la Habana, Facultad de Psicología; 2011.
21. Ibarra LM. Psicología y educación: una relación necesaria. La Habana: Editorial Félix Varela; 2005.
22. Acosta, A y col Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. 2012;9(1). Acceso: 24/11/2017. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph06112.html>
23. Lastre K. Evaluación de la salud familiar en pacientes alcohólicos desintoxicados del Centro de Salud Mental del MININT [Tesis de Licenciatura]. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón; 2013.
24. Louro I. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [Tesis de Doctorado]. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana; 2005. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/79/1/tesis_isabel_louro.pdf
25. Ovalle Borrego I, Santana Santana ER. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. Rev Ciencias Médicas. 2013;17(5):74-84. Acceso: 24/11/2017. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Rabelo R, Ortiz MT. Comportamiento del maltrato y funcionamiento familiar desde la perspectiva de adolescentes de noveno grado [Tesis de Licenciatura]. Universidad de la Habana, Facultad de Psicología; 2011.
27. Noticias de Salud al Día. Aumenta número de ancianos en Cuba. Acceso: 24/11/2017. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2011/07/11/aumenta-numero-de-ancianos-en-cuba/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.