

Panorama Cuba y Salud 2013;8(2):20-25

(Recibido: 19 de marzo de 2013,
aprobado: 24 de abril de 2013)

(Artículo Original)

Impacto sobre el funcionamiento familiar de la discapacidad motora post-ictus en ancianos

Policlínico "Elpidio Berovides", La Habana

Alioth Guerrero Aranda¹, Caridad Aranda Castillo²¹Médico Especialista de 1er Grado de Medicina General Integral, Residente de 2do año de Neurofisiología Clínica, Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor. ²Licenciada en Enfermería, Máster en Longevidad Satisfactoria, Profesor Instructor.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la presencia en la familia de un anciano con ictus discapacitante y la disfuncionalidad familiar.

Método: Estudio analítico retrospectivo de casos y controles realizado en cuatro consultorios de San Agustín, municipio La Lisa. La muestra quedó conformada por las familias que presentaron solo un anciano en su núcleo (N=481). Se analizaron variables relacionadas con la familia y el anciano a través de la información almacenada en las fichas familiares y la entrevista directa. El grupo de estudio quedó conformado por las familias que presentaron un anciano con ictus discapacitante (n1=51) y el grupo control por las restantes (n2=430). Se utilizaron los estadígrafos Z y X², así como la prueba de Odds Ratio para la comparación entre las variables, considerándose los valores significativos para p<0,05.

Resultados: Se encontró diferencia estadísticamente significativa para el funcionamiento familiar entre ambos grupos (Z=6,31; p<0,001). Existió asociación entre la presencia de un anciano con ictus discapacitante y disfuncionalidad familiar (X²=38,8; p<0,001). Las familias con un anciano con ictus discapacitante presentaron mayor riesgo de convertirse en disfuncionales (IC: 3,42-13,1; OR=6,67; α=0,05).

Conclusiones: La presencia de un anciano con un ictus discapacitante se asoció con la disfuncionalidad familiar además de comportarse como un factor de riesgo para la misma en esa población.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular/fisiopatología; Accidente cerebrovascular/complicaciones; Relaciones Familiares; Acontecimientos que cambian la vida; Anciano; Salud de la Familia; Personas Discapacitadas.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) ocupan la tercera causa de muerte en todo el mundo y la primera de discapacidad. Otros elementos de importancia son la cantidad de años potencialmente perdidos y el costo de la enfermedad, este último sobrepasa según algunos estimados los 43 billones de dólares por año en los Estados Unidos (1-3).

La mayor incidencia se observa en las personas con más de 60 años (adultos mayores). En Cuba alrededor del 83% de las ECV se presentan en esta edad. En el 2010, la población cubana mayor de 60 años representaban 17,8% de la población total; según estimados para el 2015 alcanzará un 30,8% (4, 5).

Desde una óptica comunitaria es apreciable la repercusión negativa que tiene este fenómeno en la familia, puesto que un adulto mayor necesita atenciones diferenciadas por parte del núcleo familiar lo cual se agravaría si el anciano estuviese discapacitado (6).

En el tránsito por su ciclo vital, la familia oscila entre períodos de estabilidad y cambios, caracterizados estos últimos por contradicciones internas necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Dichas contradicciones surgen a partir de eventos familiares de alta significación que provocan cambios en el ritmo normal de la vida familiar, dichos eventos originan momentos de estrés al tener que enfrentarlos reestructurando algunos procederes habituales. A estos momentos de cambio se les denominan crisis familiares (7).

No siempre las familias cuentan con las herramientas necesarias para afrontar situaciones de crisis. Un ejemplo es la incapacidad de adaptación al cambio por parte de los miembros lo cual conlleva a la disfuncionalidad.

El funcionamiento familiar es un tema ampliamente estudiado. Entre las causas de la disfuncionalidad se plantean elementos comunes y repetitivos entre los cuales se citan: los bajos ingresos económicos, el hacinamiento, las condiciones de vida desfavorables, los divorcios y algunas enfermedades como el alcoholismo y las

psiquiátricas (8). No obstante, en ninguno de los estudios realizados se contemplan las discapacidades provocadas por las ECV, como un elemento a tener en cuenta en la disfuncionalidad familiar. Por esta razón se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la asociación entre la presencia en la familia de adultos mayores con ictus discapacitante y la disfuncionalidad familiar, atendiendo a características propias de la familia y del anciano discapacitado.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico de casos y controles, en el Policlínico "Elpidio Berovides" de San Agustín, municipio La Lisa, La Habana, Cuba, en el periodo comprendido entre junio y noviembre del año 2011.

El universo estuvo compuesto por las familias pertenecientes a cuatro consultorios del Policlínico antes mencionado, que poseían un solo adulto mayor en su núcleo (N=481). El grupo estudio estuvo compuesto por las familias con un adulto mayor con accidente vascular encefálico discapacitante (AVED) (n1=51) y el grupo control por las restantes (n2=430).

VARIABLES ANALIZADAS

Relacionadas con la familia

-Funcionamiento familiar: medido mediante el test de funcionamiento familiar FF-SIL (8), validado en Cuba desde el año 1994, el cual por el puntaje alcanzado considera cuatro categorías: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. A los efectos de esta investigación se utilizaron dos clasificaciones: funcionales (43-70 puntos) y disfuncionales (14-42 puntos).

-Tamaño: pequeña (1-3 miembros); mediana (4-6 miembros) y grande (7 o más miembros).

-Ontogénesis: nuclear: hasta dos generaciones (padres e hijos, matrimonios con hijos o sin ellos y hermanos solos); extensa: más de dos generaciones (incluye hijos casados con descendencia o sin ella); y ampliada: cualquiera que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir también otros parientes y amigos.

-Etapas del ciclo vital: formación (desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo); extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta la salida del primer hijo del hogar); contracción (desde la salida del primer hijo del hogar hasta la muerte del primer cónyuge); disolución (desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge (8)).

Relacionadas con el anciano:

-Anciano con ictus discapacitante: Aunque son varias las discapacidades que puede presentar un paciente con este tipo de afección, a los efectos de esta investigación solo se consideraron los trastornos motores de un hemisferio completo, por ser este el que más afecta el desenvolvimiento del paciente en las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), y por tanto el que mayor atención familiar

requiere (9-12). De aquí en lo adelante el término AVED, se referirá al que haya dejado como secuela una hemiplejía o algún grado de hemiparesia.

-Otras variables analizadas: edad, sexo y tiempo de evolución del ictus (tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el momento de la investigación).

La recolección de los datos se realizó a través de la revisión de las fichas familiares actualizadas y de la entrevista directa. Los datos se almacenaron en una base creada en el Programa Microsoft Excel. Después de recogidas las variables se conformaron los dos grupos.

Se utilizó el estadígrafo Z para establecer las diferencias entre ambos grupos, y el estadígrafo X^2 para comprobar asociaciones entre las diferentes variables y el funcionamiento familiar en el grupo estudio. La prueba de Odds Ratio (OR) permitió determinar si la presencia de un anciano con ictus discapacitante era un factor de riesgo para la disfuncionalidad familiar. Se consideraron las diferencias estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$. El procesamiento se realizó a través del programa STATISTICA versión 8.0.

Consideraciones éticas: Para la realización de este trabajo se recogió un acta de acuerdo firmado por el jefe de núcleo de cada familia (Consentimiento informado), donde se le explicó el objetivo de la investigación, y el carácter voluntario y anónimo de su participación.

RESULTADOS

En la población analizada total se encontraron 64,9% familias funcionales y 35,1% disfuncionales, aunque en el grupo de estudio fueron 74,5% las familias disfuncionales y 25,5% funcionales. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($Z=6,31$; $p < 0,001$). Asimismo, se encontró asociación entre la presencia de un adulto mayor con accidente vascular encefálico discapacitante (AMCAVED) y la disfuncionalidad familiar, siendo en el grupo estudio el porcentaje de familias disfuncionales significativamente mayor al porcentaje de familias funcionales ($X^2=38,8$; $p < 0,001$) (Tabla 1).

Se identificó la presencia de un AMCAVED como factor de riesgo para la disfuncionalidad familiar. Familias con un AMCAVED tuvieron 6,67 veces más riesgo de ser disfuncionales que las familias sin dicha condición (IC [3,42-13,1]; OR=6,67; $\alpha=0,05$).

De acuerdo al tamaño, predominaron las familias grandes (46,8%) seguido de las medianas (32%) y pequeñas (21,2%). No se encontraron diferencias significativas cuando se compararon familias disfuncionales y funcionales entre ambos grupos ($X^2=0,46$; $p=0,81$) (Tabla 2).

En relación con la ontogénesis, las familias más representadas fueron las extensas (189 para 39,3%) y en ambos grupos se encontró un comportamiento similar ($X^2=4,59$; $p=0,1$) (Tabla 3).

Según la etapa del ciclo vital, en la muestra total predominó la de extensión (232 para un 48,2%), a pesar

Tabla 1. Distribución según funcionamiento familiar

Familias	Funcionales		Disfuncionales		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
Grupo estudio	13	25,5	38	74,5	51	10,6
Grupo control	299	69,5	131	30,5	430	89,4
Total	312	64,9	169	35,1	481	100

Z=6,31; p<0,001 y $X^2=38,8$; p<0,001

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por fila tomado del total de la fila correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

que en el grupo de estudio predominó la de contracción (43,1%); no obstante, las diferencias encontradas no fueron significativas ($X^2=2,94$; p=0,39) (Tabla 4).

Predominaron los adultos mayores masculinos (72,3%) con distribución similar en ambos grupos (tabla 5). En relación con la edad, el grupo etario predominante fue de 71-80 años, seguido por los mayores de 80 años (tabla 5). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo ni la edad de los ancianos de las familias funcionales y disfuncionales ($X^2=0,72$; p=0,37 y $X^2=5,03$; p=0,08; respectivamente).

Por el tiempo de evolución del ictus discapacitante, el más representado fue 1-5 años observado en 32 (62,7%) ancianos, el comportamiento fue similar en ambos grupos ($X^2=1,28$; p=0,54) (tabla 7).

Tabla 2. Distribución de familias según tamaño

Familias	Tamaño							
	Pequeña		Mediana		Grande		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
Grupo estudio	12	23,5	13	25,5	26	51	51	10,6
Grupo control	90	20,9	141	32,8	199	46,3	430	89,4
Total	102	21,2	154	32	225	46,8	481	100

$X^2=0,46$; p=0,81

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por fila tomado del total de la fila correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

Tabla 3. Distribución de familias según ontogénesis

Familias	Ontogénesis							
	Nuclear		Extensa		Ampliada		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
Grupo estudio	11	21,5	21	41,2	19	37,3	51	10,6
Grupo control	143	33,2	168	39,1	119	27,7	430	89,4
Total	154	32	189	39,3	138	28,7	481	100

$X^2=4,59$; p=0,1

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por fila tomado del total de la fila correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

DISCUSIÓN

Son numerosos los estudios publicados sobre el funcionamiento familiar aunque muy pocos comparan los resultados mostrados en el presente trabajo ya que ninguno tiene en cuenta las discapacidades provocadas por los ictus. Sin embargo, en esta investigación se demuestra que tener un adulto mayor con AMCEAVED se relaciona en alguna medida con la disfuncionalidad familiar, aunque no

se puede afirmar que sea este un fenómeno causa-efecto. Ello pudiera obedecer a la atención diferenciada que requiere el anciano en esta etapa de la vida, marcados por problemas biológicos, sociales, psicológicos y económicos, con su consiguiente repercusión para el propio paciente y la familia (13). Si a esta problemática se le suma la pérdida de la capacidad del adulto mayor de valerse por sí mismo, se puede inferir la connotación negativa que pudiera tener sobre la esfera psicológica del enfermo y su repercusión en

Tabla 4. Distribución de familias según etapa del ciclo vital en ambos grupos

Familias	Etapa del Ciclo Vital									
	Formación		Extensión		Contracción		Disolución		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
Grupo de estudio	4	7,8	19	37,3	22	43,1	6	11,8	51	10,6
Grupo control	36	8,4	213	49,5	111	25,8	70	16,3	430	89,4
Total	40	8,3	232	48,2	133	27,7	76	15,8	481	100

$X^2=2,94$; $p=0,39$

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por fila tomado del total de la fila correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según sexo

Adulto Mayor	Masculino		Femenino		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
	Grupo estudio	36	70,6	15	29,4	51
Grupo control	312	72,6	118	27,4	430	89,4
Total	348	72,3	133	27,7	481	100

$X^2=0,72$; $p=0,37$

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por fila tomado del total de la fila correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores por edad

Grupo etario	Grupo control		Grupo estudio		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
60-70	107	24,9	15	29,4	122	25,4
71-80	187	43,5	19	37,3	206	42,8
más de 80	136	31,6	17	33,3	153	31,8
Total	430	100	51	100	481	100

$X^2=5,03$; $p=0,08$

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por de la columna correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

Tabla 7. Distribución de adultos mayores con AVED de familias funcionales y disfuncionales según tiempo de evolución

Tiempo de evolución	Adultos mayores con AVED de familias funcionales		Adultos mayores con AVED de familias disfuncionales		Total	
	No.	% (a)	No.	% (a)	No.	% (b)
	1-5 años	10	76,9	22	57,8	32
6-10 años	1	7,7	8	21,1	9	17,7
más de 10 años	2	15,4	8	21,1	10	19,6
Total	13	100	38	100	51	100

$X^2=1,28$; $p=0,54$

Leyenda: (a): Porcentaje calculado en base al total por de la columna correspondiente; (b): porcentaje calculado en base a la muestra total.

el seno familiar, sobre todo si la familia no cuenta con los recursos y herramientas necesarias para afrontar la crisis (14, 15).

En las familias con un anciano con AVED, no se encontró relación entre las diversas variables estudiadas y el funcionamiento familiar, de lo cual se deduce que lo que pudiera ser tal vez perjudicial para unas familias, podría ser beneficioso para otras. Por ejemplo, a una familia grande (siete miembros), hacinada, podría serle difícil convivir con un AMCAVED, pero a otras pudiera resultarle beneficioso al no caer el peso de la atención del paciente sobre una sola persona. En este estudio se encontraron varias familias ampliadas a las que les llegaron parientes lejanos que se convirtieron en una carga económica, además de propiciar otros tipos de conflictos internos. Sin embargo, en otros casos se constató, cómo este pariente se convirtió en el encargado de brindar la atención necesaria al enfermo. Revilla y colaboradores, en un estudio realizado en España, encuentran que la estructura de la familia interviene en el funcionamiento familiar, ya que algunas nucleares (hasta dos generaciones) carecían de parientes que los apoyaran (16). Herrera y González por su parte, en un consultorio médico de Alamar, La Habana, Cuba, no encuentran igual asociación (17).

Con respecto a la etapa del ciclo vital de la familia, era de esperar no encontrar diferencias entre los grupos ya que hubo muy poca representatividad de las etapas de formación y disolución (menos de 20% en ambas).

El sexo del adulto mayor tampoco se asoció a la disfuncionalidad familiar, hallazgo que habla a favor de la equidad entre géneros esperada en una sociedad como la nuestra. De manera similar se comportó la edad y el tiempo de evolución del ictus. En el caso de la edad se encontraron adultos mayores más jóvenes, con dificultades mayores por estar más afectados emocionalmente al sentirse aptos desde el punto de vista intelectual, y sin embargo, físicamente limitados. Por otra parte, se encontraron ancianos de más edad, donde aumentaba en gran medida la comorbilidad y por ende, los conflictos intrafamiliares.

En el caso del tiempo de evolución del ictus, encontrar un predominio del grupo 1-5 años podría estar en relación con el incremento de los factores de riesgo para el AVE y su consiguiente alza en los últimos años en nuestro país (3). Aunque no se encontró influencia de esta característica en la disfuncionalidad familiar, se observó en algunos casos una mejoría en su discapacidad a medida que avanzaban los años, mientras que otros habían empeorado.

A modo de resumen, se puede decir, que aunque los resultados muestran la no influencia de diversas características familiares y del anciano con AVED sobre la disfuncionalidad familiar, estos hallazgos no son concluyentes. El funcionamiento familiar es un tema bien estudiado, y aunque diversas técnicas diseñadas intentan cuantificarlo, todas poseen una alta subjetividad. A partir de los resultados de este estudio podrían surgir muchas interrogantes, entre ellas, los factores reales que pudieron estar influyendo sobre el funcionamiento de estas familias. Se debe considerar al funcionamiento familiar como un proceso dinámico (18), por tanto, el primer sesgo en un estudio de este tipo, es que el resultado obtenido se comporta como una función del momento en el cual se realiza la investigación. Es posible que algunas de estas familias ya fueran disfuncionales antes de realizar el estudio, otras quizás modificaron su comportamiento varias veces durante el periodo en el cual transcurrió la investigación. Por otra parte, en este trabajo no se analizaron elementos ya conocidos que influyen sobre el funcionamiento familiar como es el nivel educacional de los miembros de la familia (19). Este hecho, a opinión de los autores, es la mayor limitante de la presente investigación. Otro elemento a considerar es la inteligencia emocional de los miembros de la familia la cual, paradójicamente, no siempre está en concordancia con el nivel educacional; de manera similar, el hemisferio dominante del anciano discapacitado podría también influir en los resultados de estudios de este tipo. De cualquier modo, y a pesar de todas las limitaciones citadas, el presente trabajo aporta evidencia sobre un elemento nuevo a tener en cuenta a la hora de enfrentar una familia en su contexto, con el fin de mejorar la calidad en la atención primaria de salud.

CONCLUSIONES

En la población estudiada se encontró asociación entre la presencia de un anciano con ictus discapacitante y la disfuncionalidad familiar, constituyendo esta condición un factor de riesgo elevado para dicha condición. Aunque en este trabajo, características propias de la familia y el anciano analizadas, no se asociaron de manera individual a la disfuncionalidad familiar, no se excluye pudieran repercutir en el problema cuando coexisten varias de ellas en una misma familia, para lo cual sería necesario profundizar en otros estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MedlinePlus [Sitio en Internet]. Ictus. [Acceso octubre 21 de 2010]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000726.htm>.
2. GeoSalud [Sitio en Internet]. Ictus, Factores de Riesgo. [Acceso octubre 21 de 2010]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/Enfermedades%20Cardio%20vasculares/AVC%20factores%20de%20riesgo.htm>.
3. Hankey GJ, Warlow CP. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations. *Lancet* 2008;354(9188). Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)04407-4/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)04407-4/fulltext#article_upsell).

4. Infomed [Sitio en internet]. Anuario Estadístico de Salud 2010. [Acceso abril 13 de 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas.pdf>.
5. Fernández Guerra. N. *Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano*. Rev Acta Médica 2002;10(1-2).
6. Salud y Medicina [Sitio en Internet]. *Funcionamiento Familiar*. [Acceso octubre 21 de 2010]. Disponible en: http://www.saludymedicinas.com.mx/funcionamiento_familiar.asp.
7. Herrera Santí PM. *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es.
8. Alvares Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. 3 ed. Vol.1: Salud y medicina. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2008:270-98.
9. Rocabrundo Menders JC, Prieto Ramos O. *Gerontología y Geriatría Clínica*. 2. ed. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2004:30
10. Fernández R. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez Roca; 1992.
11. Fillembaum GG. *Assessing wellbeing to the elderly*. Advances Research. 1984;8:7-11
12. Pearlman RA, Utzman RF. *Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients*. J Gerontol. 1998;43:25-30
13. Fernández Larrea N, Clúa Calderín AM, Báez Dueñas RM, Ramírez Rodríguez M, Prieto Díaz V. *Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos*. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100002&lng=es.
14. Conductitlan [Sitio en Internet]. *Funcionamiento Familiar*. [Acceso octubre 21 de 2010]. Disponible en: www.conductitlan.net/funcionamiento_familiar_cohesion.ppt.
15. Conductitlan [Sitio en Internet]. *Funcionamiento Familiar*. [Acceso octubre 21 de 2010]. Disponible en: www.conductitlan.net/funcionamiento_familiar_comunicacion.ppt.
16. Revilla L, Aragón A, Muñoz M. *Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en la atención primaria de la salud*. España. Atención Primaria, 1991;8(2):40-7.
17. Herrera Santí PM, González Benítez I. *La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar*. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(5). [Acceso diciembre 15 de 2010]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500003&lng=es
18. Psiquiatría [Sitio en Internet]. *El funcionamiento familiar, el control percibido y la ansiedad. Un modelo de mediación*. [Acceso octubre 21 de 2010]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/29186/.htm>.
19. Álvarez M. *Acerca de la familia cubana actual*. 3 ed. La Habana: Ed. Academia, 1993.

Impact on family functioning of post-stroke motor disability in older adult

SUMMARY

Objective: To determine an association between families with an older adult with disabling stroke and family dysfunction.

Method: A case control study was carried out in fourth doctor's offices lied on San Agustín, La Lisa. The sample consisted of families who had only one older adult (N=481). It were collected variables related with the family and the older adult through the information stored in the updated family records and direct interview. The case group was composed of families who had an older adult with disabling stroke (n=51) and control group by the remaining families (n=430). Z and X² tests were used and also Odds Ratio test to compare the variables. The criterion for statistical significance was p < 0,05.

Results: There was a significant difference between the two groups according to family functioning (z=6,31; p<0,001). There was a significant association between the presence of an older adult with disabling stroke and family functioning so that the percentage of dysfunctional families in the case group was significantly higher than the percent of functional families in the same group (x²=38,8; p<0.001). Families with an older adult with disabling stroke have a higher risk of becoming dysfunctional than those who do not (CI 3,42-13,1; OR=6.67, α=0.05).

Conclusions: The presence of an older adult with disabling stroke is associated with family dysfunction and it also behaves as a risk factor for dysfunction in this population.

Key words: Cerebrovascular Accident/physiopathology; Cerebrovascular Accident/complications; Family Relations; Life Change Events; Aged; Family Health; Disable Persons.

Dirección para la correspondencia: Dr. Alioth Guerrero Aranda. Calle 228 entre 27^a y 27C, Edif. 27^a11, Apto 16, La Coronela, La Lisa, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: arandacastillo@infomed.sld.cu, alioth.guerrero@cneuro.edu.cu