



ESTADO DE SALUD DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO 12. ÁREA NORTE. 2020

Autores: Estudiante: Rubisley Ferrales Isalgué

Estudiante: Virgen Mercedes Ferrales Isalgué

Estudiante: Yennifer Rivero Torres

Tutoras: MsC Dra. Moraima Isalgué Marcillí

Dra.C Yolaida Isalgué Marcillí

RESUMEN

Introducción: El ASS es una actividad necesaria en la Atención Primaria de Salud, para el efectivo mejoramiento de las condiciones de vida y la salud de la población. **Objetivo:** describir el estado de salud de las familias atendidas en el consultorio 12 del Policlínico Dr. Emilio Daudinot Bueno de la ciudad de Guantánamo durante el año 2020. **Método:** se realizó un estudio de carácter descriptivo, conformaron el universo de estudio el total de familias atendidas en el consultorio (n= 350), del se seleccionaron 30 por el método de muestreo aleatorio simple. Se obtuvo el dato primario a partir de la observación, la entrevista y la revisión documental, e incluyó para el procesamiento el cálculo de medidas de resumen, frecuencias absolutas y porcentajes para las variables sociodemográficas, la clasificación de las familias según la ontogénesis, el número de miembros y de generaciones, las características de los estándares de las condiciones de vida materiales, el estilo de vida de los individuos, los grupos dispensariales, las enfermedades crónicas no transmisibles y la evaluación el funcionamiento familiar. Se discutió cada resultado, se comparó con los obtenidos por otros autores, y se representaron en cuadros estadísticos. **Resultados:** Los individuos en su mayoría pertenecen al sexo femenino, a las edades entre 20 a 49 años y al grupo dispensarial III, predominan las familias nucleares, pequeñas, bigeneracionales y disfuncionales con un nivel medio de vida y estilos de vida adecuados, siendo la HTA la ECNT más frecuente. **Conclusiones:** Población joven donde se identifican serios problemas de salud. Palabras claves: estado de salud, población, familias, individuos, consultorio.

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud (ASS) es el proceso analítico –sintético que permite caracterizar , medir y explicar el perfil de salud –enfermedad de una población , incluyendo los daños por problemas de salud , así como sus determinantes , que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud , con énfasis en la identificación de brechas de inequidades existentes , además de la identificación de prioridades políticas, programas y planes de

salud , identificación de territorios vulnerables , definir intervenciones , evaluar y monitorear planes y programas de salud y construir escenarios prospectivos de salud^{1,2}.

El principal objetivo del ASS es contribuir al proceso de toma de decisiones de la gestión pública en salud, para el efectivo mejoramiento de las condiciones de vida y la realización del derecho a la salud de la población.

Asimismo, es una actividad necesaria en la Atención Primaria de Salud (APS), debido a que tiene como propósito identificar además de características sociales, psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en su salud, desarrollar acciones que contribuyen a su solución³.

De esta manera se reconoce la necesidad de analizar la situación y las tendencias del proceso salud-enfermedad-servicios, con especial énfasis en la identificación de determinantes sociales y desigualdades que impactan la salud de la población.

A partir de las reflexiones anteriores, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cómo describir el estado de salud de las familias atendidas en el consultorio 12 del Policlínico Dr. Emilio Daudinot Bueno de la ciudad de Guantánamo durante el año 2020?

OBJETIVOS

GENERAL: Describir el estado de salud de las familias atendidas en el consultorio 12 del Policlínico Dr. Emilio Daudinot Bueno de la ciudad de Guantánamo durante el año 2020.

ESPECÍFICOS

- 1.- Caracterizar a los individuos según las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel escolar y la ocupación).
- 2.- Clasificar las familias según ontogénesis, según el número de miembros y el número de generaciones.
- 3.-Identificar los estándares de las condiciones materiales de la vida familiar de los individuos.
- 3.- Describir estilo de vida de los individuos según el sexo
- 4.- Determinar los grupos dispensariales según el sexo.
- 5.- Relacionar las enfermedades crónicas no transmisibles según el sexo.
- 6- Evaluar el funcionamiento familiar.

CONTROL SEMÁNTICO

Condiciones materiales de la vida familiar: Son las condiciones materiales, espirituales y de actividad en las que transcurre la vida de las personas. Son aquellas condiciones que se encuentran y coexisten en el espacio y el tiempo de la vida de una persona. Estas condiciones son el conjunto de bienes, medios materiales, relaciones sociales, el hábitat, el medio geográfico, etc⁴.

Estilo de vida: Es una categoría socio psicológico, reflejo el comportamiento del sujeto en su contexto social y su especificidad psicológica en la realización de su actividad vital, tiene un carácter activo y está regulado por la personalidad. Representa el conjunto de conductas del individuo en su medio social, cultural y económico⁴.

Grupos dispensariales: Son categorías que indican en general el estado de salud, así como la conducta que debe seguirse en su atención, en nuestro país se utilizan cuatro categorías o grupos para evaluar el estado de salud de los individuos⁴.

Grupo I (aparentemente sano): es la persona que no manifiesta ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

Grupo II (riesgo): personas en las que se comprueba o refieren padecer alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para la salud a mediano o largo plazo. en estos casos se refiere a hábitos tóxicos como tabaquismo, el sedentarismo, el consumo abusivo de bebidas alcohólicas, uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, riesgos sociales, riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

Grupo III (enfermos): categoría que incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastorno orgánico o psicológico que afecte su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida; entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las no trasmisibles de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la Diabetes Mellitus, el Asma Bronquial, la Epilepsia, las Neuropatías crónicas, entre otras.

Grupo IV (discapacitados, minusválidos, pacientes con secuelas) se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas, se incluyen personas que padecen enfermedades agudas o crónicas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable)

Enfermedades crónicas no transmisibles: Son condiciones que tiene una etiología compleja multifactorial, con largor periodos de incubación o latencia, de extensos periodos subclínicos, prolongado curso clínico y avance progresivo a complicaciones sin resolución espontánea en el tiempo⁵.

Funcionamiento familiar: Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en cada familia y que le confieren identidad propia⁶.

MÉTODO

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, retrospectivo, transversal con el objetivo de describir el estado de salud de las familias atendidas en el consultorio 12 del Policlínico Dr. Emilio Daudinot Bueno de la ciudad de Guantánamo durante el año 2020.

El universo se conformó por el total de familias atendidas en el consultorio (n= 350), la muestra se conformó por 30 familias seleccionada por el método de muestreo aleatorio simple.

Operacionalización de las variables.

Variables	Clasificación	Categoría	Definición operacional	Criterios de Medida
Grupos de edades.	Cuantitativa continua	De 0 a 1 año De 1 a 4 años De 5 a 9 años De 10 a 14 años De 15 a 19 años De 20 a 49 años De 50 a 59 años De 60 años y más	Se consideró la edad en años cumplidos y se utilizaron grupos quinquenales	Cantidad y porcentaje
Sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Según el sexo biológico a que pertenece el individuo.	Cantidad y porcentaje
Nivel de escolaridad	Cualitativa Nominal Politómica Excluyente	Primaria terminada Secundaria terminada Preuniversitario terminado Universitario Sin escolaridad	Según nivel de escolaridad vencida en el momento de la investigación	Cantidad y porcentaje

Ocupación	Cualitativa Nominal Politómica Excluyente	Estudiante Trabajador(a) Jubilado(a) Ama de Casa Desocupado (a) Reincorporado (a)	Según la categoría ocupacional que tiene la persona.	Cantidad y por ciento
Clasificación según la ontogénesis	Cualitativa Nominal Politómica Excluyente	Familia nuclear Familia Extensa Familia Ampliada	Se consideró: Familia nuclear la que está constituida por los padres y sus hijos. -Familia extensa: la que está constituida por los padres, los hijos, los abuelos y tíos y tías. -Familia ampliada: Está constituida por un conjunto de personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre.	Cantidad y por ciento
Clasificación según el número de miembros	Cualitativa Nominal Politómica Excluyente	Pequeña Mediana Grande	Se consideró: -Familia pequeña la que está constituida por 2 a 4 miembros. -Familia mediana la que está constituida por 4 a 6 miembros. -Familia grande a la que está constituida por 6 o más miembros.	Cantidad y por ciento

<p>Clasificación según el número de generaciones</p>	<p>Cualitativa Nominal Politómica Excluyente</p>	<p>Unigeneracional Bigeneracional Trigeneracional Multigeneracional</p>	<p>Se consideró: Unigeneracional a la familia que está constituida por una generación -Bigeneracional a la familia que está constituida por dos generaciones -Trigeneracional a la familia que está constituida por tres generaciones Multigeneracional a la familia que está constituida por más de tres generaciones.</p>	<p>Cantidad y porcentaje</p>
<p>Estándares de las condiciones materiales de la vida familiar.</p>	<p>Cualitativa Nominal politómica no excluyente</p>	<p>Condiciones estructurales de la vivienda. -Buena: (sólida, buen mantenimiento) -Regular. (requiere reparación) -Mala: (vivienda insegura) Índice de hacinamiento (Según Índice Habitacional establecido en el Instructivo de</p>	<p>Se tuvo en cuenta la información recopilada durante la observación y la revisión documental (historia clínica familiar) y los resultados de la entrevista a los individuos mayores de 15 años</p>	<p>Cantidad y porcentaje</p>

		<p><i>Historia de Salud Familiar)</i></p> <p>-Hacinados: Mayor de 2.5.</p> <p>-No hacinados: Menor de 2.5</p> <p>Equipamiento básico.</p> <p>-Malo: No alcanzan tener estos equipos básicos.</p> <p>-Regular: Poseen al menos refrigerador, TV o radio y plancha.</p> <p>-Bueno: Tienen más que estos tres equipos básicos.</p> <p>Satisfacción de la familia con los ingresos (criterio predominante en la familia).</p> <p>Satisfechos</p> <p>Medianamente satisfechos</p> <p>Insatisfechos</p>		
Estilo de vida	Cualitativa Nominal Politómica No excluyente	-Adecuado: Cuando el individuo en el contexto social, cultural y económico desarrolla actividades como los hábitos,	Se tuvo en cuenta la información recopilada durante la observación y la revisión documental (historia clínica individual), y los resultados de la	Cantidad y porcentaje

		<p>cultura sanitaria, uso del tiempo libre, horas de descanso, actividad cultural que refuerzan los factores protectores de la salud.</p> <p>Inadecuado: Cuando el individuo en el contexto social, cultural y económico desarrolla actividades como los hábitos, cultura sanitaria, uso del tiempo libre, horas de descanso, actividad cultural pueden arruinar su salud.</p>	<p>entrevista a los individuos de ambos sexos y mayores de 15 años.</p> <p>Los resultados de la entrevista según la Escala de nominación de nominación cuantitativa:</p> <p>De 0 a 50 Estilo de vida inadecuado.</p> <p>De 51 y más: Estilo de vida adecuado.</p>	
Grupos dispensariales	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Politómica</p> <p>Excluyente</p>	Se refiere a las categorías que indican en general el estado de salud	<p>Se tuvo en cuenta 4 categorías</p> <p>Grupo I (aparentemente sano)</p> <p>Grupo II (riesgos)</p> <p>Grupo III (enfermo)</p> <p>Grupo IV (discapacitados, minusválidos y secuelas)</p>	Cantidad y porcentaje
Enfermedad crónica no transmisible	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Politómica</p> <p>Excluyente</p>	Se refiere a enfermedades de larga evolución cuya evolución es generalmente lenta.	Se tuvo en cuenta las enfermedades siguientes: HTA, la cardiopatía isquémica, la Diabetes Mellitus, el Asma Bronquial,	Cantidad y porcentaje

			la Epilepsia, las Neuropatías crónicas	
Funcionamiento familiar	Cualitativa Nominal Politómica Excluyente	-Familia funcional. -Familia moderadamente funcional. -Familia disfuncional. -Familia severamente disfuncional	Se tendrá en cuenta los resultados del test de percepción del funcionamiento familiar.(Rev.Cub. Med.Gen.Int.1996 ; 12(1):24-31.	Cantidad y por ciento

La investigación se sustenta en el método dialéctico materialista. También se utilizaron diferentes métodos de la investigación científica. Estos se destacan a continuación:

Método del nivel teórico:

1. Histórico y lógico: Con el mismo se estudió concretamente el objeto de investigación, sus antecedentes, tendencias y regularidades con un carácter histórico.
2. Análisis y síntesis: Se utilizó con el objetivo de estudiar las partes y como un todo de los elementos teóricos acerca de las investigaciones realizadas sobre el tema.
3. Inducción-deducción: Se aplicó con la finalidad de contar con conocimientos alternativos del problema de hechos empíricos observados, revisión de documentos.
4. Estudio documental: Para el análisis y revisión de las historias clínicas de las familias y para el análisis literatura especializada para esta temática amparada en tesis o resoluciones.

Nivel empírico:

1. Observación: Con el objetivo de observar las características de los estándares de las condiciones materiales de la vida familiar y el comportamiento de los miembros grupo familiar para conocer los hábitos y estilo de vida.
2. Entrevistas a los miembros de las familias para conocer el criterio sobre los estándares de las condiciones materiales de la vida familiar y comportamiento del estilo de vida que asumen los mismos.

Nivel estadístico-matemático

1. Técnica del análisis porcentual: para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico y establecer las correlaciones con las valoraciones realizadas en instrumentación de la propuesta.

Técnicas y procedimientos

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con el médico y la enfermera de la familia y los individuos que pertenecen a las familias en estudio para explicarles las características del mismo y su objetivo, además se obtuvo su consentimiento que los comprometió a participar en la investigación durante el periodo establecido.

Operacionalización de los objetivos

Para darle salida al objetivo 1, se le dio salida con la utilización de las técnicas del método del nivel teórico, análisis y síntesis, estudio documental (historias clínicas familiares) con el objetivo de caracterizar a los individuos según las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel escolar y la ocupación), del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Se utilizaron los métodos del nivel teórico; estudio documental (historias clínicas familiares) y del nivel empírico la observación, para darle salida al objetivo 2 se clasificaron las familias según ontogénesis, el número de miembros y el número de generaciones, del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Con la utilización de los métodos del nivel teórico; estudio documental (historias clínicas familiares) y del nivel empírico la observación y la entrevista a los individuos miembros de cada grupo familiar, se cumplimentó al objetivo 3, se identificaron los estándares de las condiciones de vida de los individuos, del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Al objetivo 4, se le dió salida a través del empleo de los métodos del nivel teórico: estudio documental (historias clínicas familiares) y del nivel empírico la observación y la entrevista a los individuos miembros de cada grupo familiar, se describió el estilo de vida de los individuos según el sexo, del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Para cumplimentar el objetivo 5, con la utilización del método del nivel teórico; estudio documental (historias clínicas familiares) se determinaron los grupos dispensariales según el sexo, del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Al objetivo 6, se le dió salida con la utilización del método del nivel teórico; el estudio documental, para el análisis y revisión de las historias clínicas de las familias y de esta manera conocer las enfermedades crónicas no transmisibles

que padecen los individuos según el sexo, del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Se cumplió el objetivo 7 con la utilización de los métodos del nivel teórico el estudio documental (historias clínicas familiares) y del nivel empírico la observación y la entrevista utilizando el test de percepción funcionamiento familiar (FSL-5), para conocer las características del funcionamiento familiar, del mismo modo se utilizó para del análisis porcentual (el método del nivel estadístico-matemático) para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico.

Técnica de obtención de la información

Se obtuvo el dato primario sobre el estado de salud de las familias atendidas en el Consultorio¹² del Policlínico Dr. Emilio Daudinot Bueno de la ciudad de Guantánamo durante el año 2020 al establecer comunicación con el médico y la enfermera de la familia y los individuos que pertenecen a las familias en estudio para explicarles las características del mismo y su objetivo, además se obtuvo su consentimiento que los comprometió a participar en la investigación durante el periodo establecido.

Se realizó una búsqueda activa de los datos consignados en las historias clínicas familiares(estudio documental) con el objetivo de caracterizar a los individuos según la edad y el sexo, conocer el nivel escolar y la ocupación, identificar los estándares de las condiciones materiales de la vida familiar de los individuos, describir estilo de vida de los individuos, determinar los grupos dispensariales, relacionar las enfermedades crónicas no transmisibles de que padecen los individuos y evaluar el funcionamiento familiar.

El dato primario relacionado con el comportamiento o el estilo de vida que asumían los individuos, así como los factores de riesgo presentes en estos y sus familias y las condiciones de vida familiar y la evaluación del funcionamiento familiar se recogió con el uso de la entrevista y se corroboró con la observación no participante. Por último, se realizó el cálculo con el uso de la técnica del análisis porcentual para cuantificar los datos obtenidos en el diagnóstico y establecer las correlaciones con las valoraciones realizadas en instrumentación de la propuesta y se expresó en tanto por ciento.

De procesamiento y análisis de la información.

El procesamiento de la información incluyó el cálculo de medidas de resumen para variables cualitativas, frecuencias absolutas y porcentajes.

El dato primario se procesó de forma automatizada para lo cual se utilizó una microcomputadora LG, a través del programa EPI INFO6, se utilizó como medida de resumen las cifras absolutas, y los porcentajes.

Técnica de discusión y síntesis de los resultados.

Para la discusión e interpretación de los resultados se realizó la revisión de la literatura especializada y actualizada, se discutió cada resultado acorde con la

literatura y experiencia acumulada en el transcurso de trabajo y se expusieron los criterios del autor y tutor de la investigación, lo que posibilitó emitir juicios a manera de conclusiones, así como las recomendaciones pertinentes. Los resultados se representaron en tablas y gráficos estadísticos.

ASPECTOS ÉTICOS

Se consideraron las formas en que se aplicaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad, así como se tuvo en cuenta el deber médico y la adecuada relación médico-paciente.

En esta investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos, relacionados con las investigaciones biomédicas, tales como la autorización por la Dirección del Policlínico, el departamento de docencia e investigación, los miembros del Equipo Básico de Salud, además del consentimiento informado de todos los que participaron en la investigación.

También se tuvo en cuenta, la voluntad de las familias y sus miembros de participar en el estudio, por medio del consentimiento informado.

Se le dio a conocer el objetivo y la importancia de su participación en la investigación, se explicó, además, que su intervención era de forma anónima y que tenían el derecho a no participar o de abandonar el estudio en cualquier momento de este, si, así, lo determinaban, sin que esto afectara la calidad de la atención médica por parte del equipo de trabajo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La población estudiada mostró un ligero predominio del sexo femenino, (50.9 %; n= 52), sobre el masculino (49.2 %; n= 50), y de la población adulta joven, destacando el grupo etario de 20 a 49 años con un 33.33 % (n=34), donde sin embargo predominó el sexo masculino, seguido del grupo de 60 y más años, (n=34) que se corresponde con un 28.43 %. Estos datos se representan en la tabla 1.

La tabla 2 muestra la distribución según nivel de escolaridad, siendo mayoritariamente los individuos con preuniversitario terminado 30.40 %, (n= 31), seguido de los universitarios 26.47 %, (n=27), lo que demuestra que la población estudiada tiene un alto nivel de instrucción. Aun cuando en sentido general se está en presencia de una población con adecuado nivel de escolaridad.

La ocupación constituye un determinante importante a considerar en el estado de salud de las poblaciones pues de esto depende en gran medida la satisfacción de las necesidades materiales de la vida familiar, en la población estudiada se corroboró que en su mayoría eran trabajadores n= 32, de ellos 22 estatales para un 27.84% y 12 no estatales que se corresponde con el 12.66 %, entrando a considerar que en este grupo poblacional se pone de manifiesto el empleo de la forma de trabajo no estatal o trabajador por cuenta propia , una de las condiciones que caracterizan la sociedad cubana actual , esta forma de trabajo ha adquirido aceptación en la población y ha permitido la incorporación al trabajo

socialmente útil a una parte de la población cubana , a partir de las leyes y modificaciones del modelo económico cubano

Por otro lado, los estudiantes identificados fueron 15 para un 18.99% y las amas de casa el 16.45%, (n=13), que se ocupan del trabajo doméstico no remunerado pero que, sin dudas, por la labor que realizan no se consideran desocupadas, con 5 desocupados que representan el 6.32 % de la población de estudio y que es un factor de riesgo importante desde el punto de vista social.

Sin embargo, en esta población se identifican un 8.87%, (n=7), que componen la población de reincorporados situación laboral que ha ganado auge en las condiciones sociales actuales, no son más que individuos jubilados que se reincorporan al trabajo a partir del llamado de la dirección del país para aportar sus experiencias en las diferentes ramas de la economía y además de manera indirecta esto se convierte en una ayuda para garantizar el cumplimiento de las necesidades básicas de las familias. Estos datos se muestran en la tabla 3.

Según el diccionario Cervantes de la lengua española familia se define en su primera acepción como grupo de consanguíneos que viven juntos bajo la autoridad de uno de ellos⁷. La familia es una categoría psicológica pero también lo es histórico-social. Es susceptible a los impactos y eventos significativos que se producen en el orden macro, micro y meso de la sociedad, del mismo modo en lo económico y sociopolítico y como forma de organización social más antigua y estable que ha tenido el ser humano no ha sido siempre igual y existen diferentes concepciones que han tratado de explicar su evolución. A partir del concepto etimológico de familia se asumen diferentes formaciones familiares que se corresponden con la evolución histórico-social de esta importante institución.

La tabla 4 muestra la clasificación de la familia según la ontogénesis, donde el mayor número de familias se clasifican como nucleares, el 46.66 % (n= 14), seguidas de las extensas, 13 para un 43.33%.

La familia nuclear se caracteriza por su carácter privado, dedicación al cuidado de los hijos, tanto emocional como desde el punto de vista económico, pero con notables diferencias, con la familia nuclear tradicional, influenciadas precisamente por los cambios demográficos y sociales ocurridos en la historia de la humanidad y de los cuales Cuba no está exenta⁸.

Otro de los cambios relevantes se observa en la estructura y composición de las familia cubana actual, es la familia extendida que para el caso cubano no es del tipo extendido tradicional, o sea, aquellas donde se fusionan varios núcleos familiares bajo un mismo techo y un mismo patrimonio, sino de tipo yuxtapuesto, donde nuevos núcleos familiares se adicionan, a falta de una vivienda, a familias ya formadas, algunas incluso con estrategias diferentes, el autor comparte el criterio de las investigadoras , ya que las familias extensas registradas en la población de estudio reúnen las características anunciadas por la misma^{9,10}.

El cambio demográfico más trascendental es el acelerado y homogéneo proceso de envejecimiento poblacional, si analizamos la estructura de la población según

los grupos de edades, se señala un visible cambio en su disposición, con una progresiva reducción del grupo de personas con menos de 15 años, por la disminución de los nacimientos, a esto se suma un incremento de la esperanza de vida al nacer, de ahí que existe un estrecho vínculo entre la dinámica demográfica y la familia, lo que trae como consecuencia la disminución del número de integrantes de la familia y finalmente la reducción del tamaño medio y la composición de la misma con ampliación de su longitud generacional.

En la tabla 5 se representa la clasificación de la familia según el número de miembros, estas mayoritariamente son familias pequeñas, 14, para un 46.66 %, seguidas de las familias grande que representan el 33.33 % (n=10).

Asimismo el aumento de la esperanza de vida también tiene su reflejo en el tamaño de los hogares, del mismo modo el envejecimiento de la población condujo a la al aumento de hogares donde conviven varias generaciones, lo que propicia las relaciones intergeneracionales, elementos que se corresponden con los encontrados en la investigación realizada declara en la clasificación de la familia según el número de generaciones, que el 50% de las familias estudiadas son familias bigeneracionales (n=15) , seguidas de las trigeneracionales, 10 para un 33.33 % de la muestra. Tabla 6.

Entre los determinantes sociales del estado de salud de la población se citan las condiciones de vida y el estilo de vida, siendo estos aspectos explicitados dentro de los campos de la salud de Lafrombaise y Lalonde, (biología humana, estilos de vida, organización de los servicios y medio ambiente y dentro de este último se hace referencia estándares de las condiciones materiales de vida familiar¹¹.

Múltiples han sido los estudios que abordan la relación entre condiciones de vida y la salud, permitiendo establecer patrones diferenciales del estado de salud según esta condición, es por ello, que se considera esencial el estudio de la salud de la población según condiciones de vida, lo que permite desvelar la existencia desigualdades en relación a estas causas de morbimortalidad en territorios con diferentes condiciones de vida para trazar acciones y estrategias en salud de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos ¹²⁻¹⁶.

La tabla 7 muestra la cclasificación de los estándares de las condiciones materiales de vida familiar, se observa que 16 viviendas presentan condiciones estructurales regulares para un 53.33%, seguidas de 11 con condiciones estructurales buenas para un 36.66%. Al analizar el índice de hacinamiento solo el 30 % vive en condiciones de hacinamiento mientras que el mayor por ciento, 21 para un 70% vive no viven hacinados. El 46.6% dicen encontrarse medianamente satisfechos con los ingresos y solo el menor número de ellos 7 para un 23.4 % se encuentra insatisfechos con los ingresos familiares. Por otro lado, el 63.33% tiene equipamiento básico calificado como regular, seguidos de 8 familias para un 26.67 % donde se clasifica de bueno, lo hace que se consideren familias con un nivel medio de vida.

En la tabla 8 se representa las características del estilo de vida según el sexo, el 59.52 % de los individuos (n= 50) tiene estilos de vida adecuados y de ellos el

mayor número son mujeres (n=37), representando el 88.43 de todas las de ese sexo, el 40.47 % del total de la muestra tiene estilos de vida inadecuados (n= 34) y de ellos el mayor porcentaje está representado por individuos del sexo masculino. El 65.78 %, son 25 del total de hombres de la muestra estudiada. Estos resultados evidencian que en los individuos del sexo masculino son los que mayoritariamente tienen comportamientos inadecuados y por tanto son menos factores protectores para la salud, estando mayormente expuestos a las enfermedades y/o complicaciones de estas.

El autor comparte el criterio de los investigadores, que plantean que modificando de una u otra forma las conductas individuales (los estilos de vida), se tendría impacto favorable en la prevención de enfermedades, además, en la calidad de vida y reducción de la carga que representan para los servicios de salud^{17, 18}.

Al identificar el estilo de vida hay que tener en cuenta tanto los comportamientos individuales de las personas como el hábito de fumar, consumo abusivo de alcohol, la conducta sexual inadecuada, etc., como los factores protectores de la salud, que son las acciones de las personas para defenderse de las enfermedades sus secuelas¹⁹.

La tabla 9 muestra la distribución según grupos dispensariales y sexos, el mayor número de individuos pertenecen al grupo dispensarial III (n= 54, 52.94 %) con un ligero predominio del sexo masculino, el 58.0 % del total de los de ese sexo, seguido del grupo dispensarial II, 48 individuos para un 47.06 %, con un ligero predominio del sexo femenino, 27 que representa un 51.92 % del total de las féminas, no existen individuos clasificados en los grupos dispensariales I y IV , en la población que conformó la muestra de estudio.

La dispensarización responde a un enfoque clínico-epidemiológico y social, el que permite dispensarizar aquellos problemas de salud que dominan el cuadro higiénico- epidemiológico⁴, en este caso de los individuos de la muestra de estudio, con el objetivo de tener un mayor impacto en la modificación de su estado de salud.

En la tabla 10 se representa la distribución Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) según el sexo, observándose un ligero predominio del sexo femenino entre las personas que padecen de ECNT, 29 del total (n= 54) para el 53.70 %. La enfermedad que más predomina es la Hipertensión Arterial Crónica con un 57.41 % (n= 31), la mayoría de los pacientes hipertensos son mujeres el 68.97 % de las de su sexo. El 25.93 % de los individuos resultaron padecer de Asma Bronquial (n=14), en este caso el mayor número de asmáticos son del sexo masculino 32.0 % de los de su género (n=8), representando un ligero predomino sobre el sexo femenino.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo y cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematargas" ocurren en países de ingresos bajos y

medianos, de manera que la detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes esenciales de la respuesta a las mismas²⁰.

A partir de estas reflexiones se considera que la lucha por la prevención a partir de la actuación frente a los factores de riesgos modificables es necesaria, pues estas ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030.

El investigador comparte los criterios de los autores^{21,22,23}, que para lograr la disminución o la prevención de la mortalidad prematura por ECNT, es necesario formar nuevos promotores para motivar y sensibilizar a las personas en el autocuidado y responsabilidad individual para mejorar su calidad de vida, y desarrollar la labor educativa desde los equipos básicos de salud (EBS) en el logro de la participación comunitaria, la labor preventiva y la educación en la comunidad, sin perder de vista que además la trascendencia de la intervención activa de médicos, enfermeros, la de los farmacéuticos en la educación de los pacientes sobre la necesidad de mantener una adherencia terapéutica correcta condición muy importante en estos tiempos.

Al evaluar el funcionamiento familiar (Tabla 11) nos percatamos que el mayor número de familias, 36.66 % de familias (n=11) eran disfuncionales, severamente disfuncional 10.0 %(n=3), moderadamente funcionales 30.0 %(n=9) y familia funcional el 23.33 %(n=7).

La familia y la comunidad son fuentes generadoras de tales fuerzas, capaces de influir positiva o negativamente en la salud de sus miembros, y por tanto, de posibilitar una vida más saludable según sea el sexo, de esta manera los cambios orgánicos ocurridos en dinámica familiar, los cambios en la correlación de roles y la interrelación entre sus miembros pueden influir negativamente en la comunicación intrafamiliar, lo cual conlleva a la disfunción de la misma y esta última a la aparición de problemas de salud o agravamiento de los ya existentes, existiendo una fuerte relación entre el inadecuado funcionamiento familiar con la presencia de las alteraciones de la salud de sus miembros, teniendo este fenómeno una ascendencia determinante en la salud de los individuos convivientes en el grupo familiar afectado, expresada en lo particular en la esfera psicoafectiva²⁴.

De todos modos la familia como grupo social tiene la capacidad de adaptarse a los cambios, de ser una familia que funcione armónicamente sobre la base de la tolerancia y del compromiso, a partir del reconocimiento y la conciliación de las diferencias y la diversidad de sus miembros, el amor entre ellos, sobre la base del deber de cumplir las normas, las pautas impuestas por el grupo familiar, de mantener por mayor tiempo la unidad entre sus miembros y garantizar una mejor salud y una mejor calidad de vida individual y familiar.

CONCLUSIONES

- 1.- Existe una población adulta joven, con predominio del sexo femenino, destacando el grupo etario de 20 a 49 años, con adecuado nivel de escolaridad y en su mayoría trabajadores.
- 2.- Existe un predominio de las familias nucleares, pequeñas y bigeneracionales, en sentido general se consideren familias con un nivel medio de vida.
- 3.- La mayoría de los individuos tiene estilos de vida adecuados y de ellos el mayor número son del sexo femenino.
- 4.- El mayor número de individuos pertenecen al grupo dispensarial III, con un ligero predominio del sexo masculino.
- 5.- Ligero predominio del sexo femenino entre las personas que padecen de ECNT, y la enfermedad más frecuente es la Hipertensión Arterial Crónica.
- 6.- El mayor número de familias eran disfuncionales, seguidas de las moderadamente funcionales y las funcionales.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en función de la caracterización realizada elaborar un plan de acciones encaminado a modificar y/o disminuir la incidencia negativa de los problemas de salud encontrados

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía metodológica para ASIS. Versión final. Disponible en <http://digepisalud.gob.do>.
2. Ministerio de Salud Pública de Perú. Análisis de la Situación de salud. Disponible en: <http://BVS.MINSA.gob.PE>.
3. MINSAP. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. 2011.
4. Álvarez Sintés, R. et al. Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. 2014 Volumen I. Capítulo 11 y 14 pág. 11.
5. Enfermedades no transmisibles. Concepto. Disponible en: <https://www.paho.org/venezuela>.
6. Test de percepción del funcionamiento familiar. Rev. Cub. Med. Gen. Int.1996; 12)1=:24-31.
7. Diccionario Cervantes de la lengua española.
8. Noriega García C. Percepción de los abuelos de la relación con sus nietos:

valores, estilos educativos, fortalezas y bienestar [Tesis Doctoral]. Madrid: Facultad de psicología Departamento de psicología básica; 2015 [Citado: 5 May. 2020]. Disponible en :<https://eprints.ucm.es/31093/>

9. Arés Muzio P. Individuo Familia Sociedad. El desafío de ser feliz. Editorial Caminos. La Habana. 2018.
10. Gazmuri Núñez Patricia M. Familias cubanas en el siglo XXI. Desafíos a la política habitacional. Arquitectura y Urbanismo, vol. XXXVIII, enero- abril 2017, ISSN 1815-58988.
11. Álvarez Sintés, R. et al. Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. 2014 Volumen II. Capítulo 14 pág. 114.
12. Ruiz Ramos M, Escolar Pujolar A, Sánchez Perea J, Garrucho Rivero G. Evolución de las desigualdades sociales en la mortalidad general de la ciudad de Sevilla (1994-2002). GacSanit.2006;20(4):303-10.
13. Montalvo Arce CA, Carmona-Patiño CA, Cardona-Rivas D. Desigualdades en mortalidad relacionadas con características socioeconómicas en el departamento del Huila. Colombia.2009-2013. Rev Fac Nac. Salud Pública. 2017; 35(3).
14. Santos SM, Noronha CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais sócio-econômicos nacida de do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2001; 17:1099-110.
15. Noriega Bravo VM, Astraín Rodríguez ME Mortalidad evitable según condiciones de vida en adultos del municipio la Lisa, 1996-1998. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Dic [citado 6 Nov 2020]; 30(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400005&lng=es&nrm=iso
16. Astraín ME, Pría MC, Ramos N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Rev. Cubana Salud Pública. V.24 N.1.ene. -jun.1998.
17. Oca Perera MA. Las funciones del psicólogo clínico: prevención y promoción. En: Psicología clínica: una visión general. La Habana: ECIMED; 2007, p. 47-63. Capítulo 3.
18. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev cubana med gen integr. Ciudad de La Habana. oct-dic., 2008;24(4).
- 19.- Álvarez Sintés, R. et al. Medicina General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. 2014 Volumen II. Capítulo 14 pág.116.

20.- OMS. Datos y cifras. Enfermedades no transmisibles. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

21. Seijo Vázquez, MH, Márquez González IM. Mortalidad precoz por enfermedades crónicas no transmisibles: algo evitable, pero no resuelto. Medisur. abril 2018 | Volumen 16 | Numero 2. disponible en: medisur.sld.cu/index.php/medisur

22. Miguel Ángel Serra Valdés, Melissa Serra Ruíz, Marleny Viera García. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Revista finlay. mayo 2018 | Volumen 8 | Numero 2. 2018.

23. Serra Váldez MA et al: Las enfermedades no trasmisibles: Magnitud actual y tendencias futuras. [Internet]; Cienfuegos. Rev Finlay. abri-jun., 2018;8(2). Citado: 25 May. 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

24. Gericuba. Cuba muestra indicadores demográficos de países desarrollado. [Internet]. La Habana: . Rev cub de Geron y Geriat [Internet]; 2014 Nov [citado 14 Ago 2020]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/verpost.php?pagina=1&blog=https://articulos.sld.cu/gericuba&post_id=1636&c=18434&tipo=2&idblog=90&p=1&n=day

ANEXOS.

Tabla 1 Distribución según edad y sexo

Grupos etarios (años)	Sexos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
De 0 a 1	1	1.92	0	0	1	0.98
De 1 a 4	2	3.84	4	8.0	6	5.88
De 5 a 9	2	3.84	7	14.0	9	8.82
De 10 a 14	1	1.92	1	2.0	2	1.96
De 15 a 19	4	7.69	0	0	4	3.92
De 20 a 49	15	28.84	19	38.0	34	33.33
De 50 a 59	10	19.23	7	14.0	17	16.66
De 60 y más	17	32.69	12	24.0	29	28.43
Total	52	50.9	50	49.1	102	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 2 Distribución según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria terminada	19	18.62
Secundaria terminada	18	17.64
Preuniversitario terminado	31	30.40
Universitario	27	26.47
Sin escolaridad	7	6.87
Total	102	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 3 Distribución según ocupación

Ocupación	No	%
Estudiante	15	18.99
Trabajador(a) estatales	22	27.84
Trabajador(a) no estatales	10	12.66
Jubilado(a)	7	8.87
Ama de Casa	13	16.45
Desocupado(a)	5	6.32
Reincorporado(a)	7	8.87
Total	79	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 4 Clasificación de la familia según la ontogénesis

Clasificación	No	%
Nuclear	14	46.66
Extensa	13	43.33
Ampliada	3	10.0
Total	30	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia

Tabla 5 Clasificación de la familia según el número de miembros.

Clasificación	No	%
Pequeña	14	46.66
Mediana	6	20
Grande	10	33.33
Total	30	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 6 Clasificación de la familia según el número de generaciones.

Clasificación	No	%
Unigeneracional	2	6.66
Bigeneracional	15	50.0
Trigeneracional	10	33.33
Multigeneracional	3	10.0
Total	30	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 7 Clasificación de los estándares de las condiciones materiales de vida familiar.

Estándares	Clasificación					
	Bueno		Regular		Malo	
Condiciones estructurales de la vivienda	11	36.66	16	53.33	3	10.0
Índice de hacinamiento	Hacinados			No hacinados		
	9	30.0	21	70.0		
Satisfacción de la familia con los ingresos.	Satisfechos		Medianamente satisfechos		Insatisfechos	
	9	30.0	14	46.6	7	23.4
Equipamiento doméstico básico	Malo		Regular		Bueno	
	3	10.0	19	63.33	8	26.67

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 8 Estilo de vida y sexos

Estilo de vida	Sexos				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Adecuado	37	88.43	13	34.21	50	59.52
Inadecuado	9	19.57	25	65.78	34	40.47
Total	46	100	38	100	84	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia y observación participante.

Tabla 9 Distribución según grupos dispensariales y sexos.

Grupos dispensariales	Sexos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%*
Grupo I	0	0	0	0	0	0
Grupo II	27	51.92	21	42.0	48	47.06
Grupo III	25	48.08	29	58.0	54	52.94
Grupo IV	0	0	0	0	0	0
Total	52	100	50	100	102	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia

Tabla 10 Distribución Enfermedad Crónica No Transmisible según sexos.

Enfermedad Crónica No Transmisible	Sexos					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%*
Hipertensión Arterial Crónica	20	68.97	11	44.0	31	57.41
Cardiopatía isquémica	2	6.90	2	8.0	4	7.40
Diabetes Mellitus	1	3.44	3	12.0	4	7.40
Asma Bronquial	6	20.69	8	32.0	14	25.93
Epilepsia	0	0	1	4.0	1	1.86
Total	29	53.70	25	46.30	54	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia

Tabla 11 Evaluación del funcionamiento familiar.

Evaluación	No.	%
Familia funcional	7	23.33
Familia moderadamente funcional	9	30.0
Familia disfuncional	11	36.66
Familia severamente disfuncional	3	10.0
Total	30	100

Fuente: Libro de historia clínica familiar del consultorio del médico y la enfermera de la familia y observación participante