



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdc12023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282

“Proyecto, diferenciación familiar de problemas de salud según condiciones de vida”.

- Dr C. Mabel Pérez Acosta,¹ <https://orcid.org/0000-0002-1997-2569>

- Dra. Massiel Feliu Jiménez,²

¹Profesora Auxiliar, Categoría científica: Doctora en Ciencias, Especialidad: especialista de I y II grado de Medicina General Integral, Institución a la pertenezco: Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Cargo: Metodóloga Docente, Municipio: La Lisa, Provincia: La Habana, CI: 64060518716. correo: mabelperez@infomed.sld.cu; <https://orcid.org/0000-0002-1997-2569>

²Profesora Instructora, Especialidad: especialista de I grado de Medicina General Integral, Institución a la pertenezco: Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Cargo: Directora Docente, Municipio: La Lisa, Provincia: La Habana, CI: 86090708256. correo: bibpf@infomed.sld.cu
La investigación se realiza en el Municipio La Lisa.

RESUMEN

Introducción: Una de las premisas del Sistema de Salud en Cuba es brindar una atención integral a la familia, debido a la estrecha relación existente entre la salud y el tipo de familia en la cual se vive, la dinámica de esta, su funcionamiento y los determinantes sociales de salud.

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas.

En la atención primaria de salud no está suficientemente estudiada la influencia de las condiciones sociales de vida de la población en la determinación de las enfermedades tanto crónicas que padece la población lo cual es un obstáculo para la efectividad de la labor preventiva que constituye esencia del sistema de salud en este nivel.

Objetivos: 1. Determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la variabilidad de la aparición de las señales aterosclerótica temprana en adolescentes supuestamente sanos de 10 a 18 años. 2. Determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la variabilidad de la aparición de los factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en adultos de 19 años y más. 3. Determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la variabilidad de la aparición de los problemas de salud.

Metodología de la Investigación: Analítico transversal.

Resultado y conclusiones: el número de Trabajo de Terminación de la especialidad de Medicina General Integral como salidas del Proyecto: siete residentes de un total de nueve, resulta la primera vez que en esta

área de salud se realiza un Proyecto con tres subproyectos para dar salida a las investigaciones de los Trabajos de Terminación de la Residencia; es también novedad que se estén realizando investigaciones de tipo analíticas, y de las condiciones de vida de la familia.

Palabras claves: aterosclerosis, factores de riesgo, Atención Primaria de Salud, adolescente, adulto, familia.

I. INTRODUCCIÓN

En la sociedad humana ha trascendido la preocupación por la salud humana y el enfrentamiento a las enfermedades y epidemias que han azotado a la humanidad. En estos momentos el mundo vive los efectos de la postandemia del coronavirus, por lo que se aúnan los recursos de la ciencia en función de una solución urgente a tan peligrosas enfermedades.

La salud como objeto de estudio es un tema múltiple, íntimamente vinculado a la complejidad de la sociedad, y en especial a las condiciones de desigualdad que el proceso de globalización ha intensificado a niveles nacionales e internacionales (incremento del desempleo, pobreza, migraciones, deterioros ambientales), con importantes impactos para la salud.¹

En el conocimiento popular se inscribe la creencia de que la aparición de las enfermedades se relaciona directamente con la acción de causas biológicas, genéticas, contagiosas u orgánicas que ejercen tal influencia en el organismo humano que logran sobrepasar las barreras defensivas de este, desequilibran su funcionamiento y provocan malestares, síntomas y hasta la muerte. La vivencia cotidiana de experiencias de salud y enfermedad, tanto en lo personal como entre familiares, amigos y vecinos, contribuye a que la población se represente mentalmente a la salud como la ausencia de enfermedad, y a esta, a su vez, como consecuencia directa de las alteraciones del cuerpo humano o del medio circundante inmediato.²

Las condiciones sociales de vida ejercen una influencia directa en la relación entre salud y enfermedad en el hombre. La organización de la sociedad y de los sistemas de salud, los modos de vida, los estilos de vida, las relaciones humanas, constituyen determinantes sociales a tener en cuenta por parte de los profesionales de la salud en la prevención y tratamiento de las enfermedades y en la preservación de la salud.

La historia, la sociedad, la cultura, la familia, los ambientes físicos y sociales y la organización del sistema de salud (todos ellos factores integrantes de las condiciones de vida), así como también los estilos de vida a todo lo largo del curso de la vida, determinan la situación de salud y su distribución en la población. Las diferencias en el ingreso, la esperanza de vida, la escolaridad, el empleo, el acceso a los servicios de salud con calidad, por sólo mencionar algunos de las más ostensibles, mucho más marcadas en unas sociedades que en otras, son ejemplos de la presencia de desigualdades en salud. La distribución de estas desigualdades sociales de tipo estructural o intermedia se encuentra condicionada por factores naturales, demográficos, culturales, económicos y sociales, que forman una trama inseparable y que presupone métodos cada vez más complejos para su análisis.³

La investigación sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) renació con fuerza en este milenio para llamar la atención a los gobiernos sobre las causas de las desigualdades de la salud. De igual forma constituyó una necesidad la profundización en los modos en que se producen las interacciones entre los

determinantes sociales y la salud, más allá de la mera identificación de estos, a tenor de la crisis económica mundial.²

La importancia de estudiar los indicadores del estado de salud de acuerdo con las condiciones de vida está ganando una vigencia creciente en el contexto del diseño de políticas sociales que enfrenten las desigualdades existentes.⁴

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales, las causas de las causas y las condiciones de vida, que son motivo de gran parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada uno de ellos. Se trata en particular de la distribución del poder, de los ingresos y de los bienes y servicios, así como de las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, a la educación, sus condiciones de trabajo y ocio, y el estado de su vivienda y entorno físico, entre otras. La expresión “determinantes sociales” resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.⁵

Según el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o las poblaciones. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los determinantes sociales de la salud apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afectan la salud, como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud.⁶

El tema de los determinantes sociales de la salud no es nuevo en lo absoluto, es un asunto muy antiguo. Las poblaciones indígenas, hace miles y miles de años, tenían ya una concepción de la determinación social, de la determinación holística de la salud bastante completa: vinculaban la salud con el medio ambiente, con cuestiones espirituales, con la producción, con la vida, entre otros temas. El médico alemán Rudolf Virchow, que vivió hace más de ciento cincuenta años, es un claro ejemplo; fue un gran político, considerado padre de la patología celular y de la medicina social, y el autor de esta famosa frase: “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”. Los estudios históricos demuestran claramente que había también entonces un enfoque biologicista de la salud, encabezado por el Instituto Pasteur, así como un enfoque más social de la salud, derivado de las discusiones de la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones Unidas, que precedió a la Organización Mundial de la Salud.⁷

En la posguerra, el trauma en el ámbito global que provocó el conflicto armado inspiró a quienes trabajaron en la constitución de la OMS para que la misma reflejara lo más avanzado del pensamiento en la medicina social de aquella época. Se definió, en la constitución de la OMS, la salud como “el completo estado de bienestar biológico-social”. La OMS nace con una constitución, con un enfoque de medicina social y de determinantes sociales. El pensamiento de medicina social, que nace con la OMS, se consolida con la declaración de Alma Ata en 1978. Este enfoque no se ha mantenido constante en los últimos años porque el pensamiento también ha evolucionado. No sólo el pensamiento social, sino particularmente el pensamiento económico y el político han hecho variar los enfoques y la ideología sanitaria.⁷

Poco tiempo después del enunciado de atención primaria en salud, la atención primaria en salud integral, como fue concebida en Alma Ata, fue desvirtuada en el sentido de ser considerada como una atención a la salud más selectiva, de programas verticales que no contemplaban los aspectos sociales o incluso la articulación con los sistemas de salud. Esa ha sido la ideología predominante.⁷

En la década de los ochenta y los noventa, al influjo de nuevos pensamientos en los campos económico, social y político, llamados por algunos “ideologías neoliberales” (la época de Milton Friedman), se dio a la concepción de la salud un mayor énfasis, fuera de lo social, en cuestiones como el financiamiento y la búsqueda de una solución individual a la salud. Sin embargo, alrededor del año 2000 y probablemente ante el agotamiento de estas explicaciones no sociales del campo de la salud, se empieza a considerar de nuevo el tema de la equidad en salud. En ese sentido, los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un gran logro. Aunque con algunas restricciones, los mismos establecen, por primera vez y como prioridad global, metas para alcanzar mejoras no sólo en las condiciones de salud, sino también en otras áreas sociales.⁷

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministerios de Salud de varios países. Es, además, un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.⁸

En América Latina el liderazgo ha sido asumido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que en su plan de acción 2008-2012 definió como uno de sus objetivos estratégicos "abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos". En el plan de acción 2014-2019 se adopta un enfoque de los determinantes sociales desde una perspectiva transversal a sus políticas y promoviendo el desarrollo de alianzas y redes con diversos sectores de la sociedad, de igual modo propone como metas aumentar el número de países que han reorientado sus sistemas de salud hacia un enfoque en los DSS y en busca de incorporar los pilares de la declaración política de Río.⁹

En Cuba la determinación de la salud se encuentra más asociada a la organización social y al desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud. Los niveles de salud de la población cubana son, en última instancia, el resultado del "decisivo papel del Estado y de la voluntad política necesaria para convertir la salud en una política de Estado y en un derecho humano de todos los ciudadanos"; esta política se hace realidad a través de cuatro ejes fundamentales: "la inversión en desarrollo social", "el desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud", "la formación de capital humano y social", y "el desarrollo de redes y la participación social"; aspectos que, sin dudas, están muy relacionados con el tratamiento de los llamados factores determinantes clave (estilo del individuo, redes sociales y comunitarias, condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales).¹⁰

Una de las premisas del Sistema de Salud en Cuba es brindar una atención integral a la familia, debido a la estrecha relación existente entre la salud y el tipo de familia en la cual se vive, la dinámica de esta, su funcionamiento y los determinantes sociales de salud.²

La epidemiología deviene en base para la acción e identificación, no solo de las causas, sino de los contextos en los cuales la salud y la enfermedad se producen socialmente. Gran parte del efecto contextual está mediado por los factores individuales, es decir, la carga de morbilidad varía porque el contexto determina perfiles diferentes de determinación social y riesgo. La identificación de las características de cada contexto y su aplicación en la realización del análisis integral de la situación de salud sentará sin dudas las bases para un conjunto de intervenciones mucho mejor focalizadas y orientadas para los servicios de salud, en especial en sus aspectos de promoción y prevención, lo que conllevará a un uso más eficiente y racional de los recursos, alcanzar niveles superiores de eficiencia y calidad de los servicios y como consecuencia aumento en la satisfacción de la población.³

Las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo se han convertido en la principal causa de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el mundo, y constituyen un reto complejo en términos de salud

pública, además de una seria amenaza para el desarrollo económico y social. En la región de las Américas, las ENT causan aproximadamente 5,5 millones de muertes al año, y representan 80,7% de todas las muertes en la región.¹¹

En relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la epidemiología moderna aún se orienta prioritariamente a la identificación de factores de riesgo. Sin embargo, cada vez se consolida más el reconocimiento de que una comprensión cabal de los determinantes de la salud a escala poblacional, en términos que van más allá de los factores de riesgo individual (y sus mediadores biológicos), exige la aplicación de una perspectiva socioecológica.¹²

El informe de la OPS “Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Hechos y cifras” 2019 enuncia factores de riesgo que repercuten en el proceso salud enfermedad en la región entre los que se destacan el consumo de alcohol, de sal, de tabaco, la actividad física insuficiente, la obesidad, cifras elevadas de tensión arterial (TA) y glicemia y otras.¹³

Prevalen en el país enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes *mellitus* con una tasa de 64.3 por cada 1000 habitantes, hipertensión arterial con 225.2 por cada 1000 habitantes, asma bronquial con 92.6. Se incluyen además entre las principales causas de muerte las enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, accidentes, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares, diabetes *mellitus*, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y lesiones autoinfligidas intencionalmente.¹³

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre las naciones constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad sin precedentes para mejorar la salud. La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas.¹⁴

Cuba es un ejemplo de país subdesarrollado cuya política social prioriza a la salud; pone al servicio de la población los adelantos científico-técnicos aplicados a la medicina. Sin embargo, la protección de la salud depende de otros muchos factores sociales que la sociedad debe garantizar mediante una distribución justa de sus recursos para el mejoramiento de las condiciones ambientales e higiénico sanitarias, de vivienda, empleo, y alimentación, entre otras. En este contexto, tanto las ciencias de la salud como las sociales, están requiriendo una aproximación al objeto de estudio cada vez más interdisciplinaria, y con enfoques integrados que favorezcan acciones más racionales.¹

En la atención primaria de salud no está suficientemente estudiada la influencia de las condiciones sociales de vida de la población en la determinación de las enfermedades tanto crónicas como transmisibles que padece la población lo que constituye un obstáculo para la efectividad de la labor preventiva que constituye esencia del sistema de salud en este nivel.

Planteamiento del problema científico: La influencia de la diferenciación familiar en la aparición de los problemas de salud determinada por las diferencias en las condiciones de vida de la familia se encuentra insuficientemente documentada.

Pregunta de investigación:

¿Cómo influyen las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la aparición de problemas de salud en la población perteneciente al área de salud del Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, Municipio La Lisa?

La investigación da salida a tres subproyectos:

1. Diferenciación familiar de las señales aterosclerótica temprana en adolescentes supuestamente sanos según condiciones de vida.

2. Diferenciación familiar de los factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en adultos según condiciones de vida.

3. Diferenciación familiar de problemas de salud según condiciones de vida.

Seguidamente se escriben los objetivos general y específicos de cada subproyecto.

1. Diferenciación familiar de las señales aterosclerótica temprana en adolescentes supuestamente sanos según condiciones de vida

Objetivo general: Determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la variabilidad de la aparición de las señales aterosclerótica temprana en adolescentes supuestamente sanos de 10 a 18 años.

Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población encuestada.
2. Describir la percepción de la situación económica y de salud.
3. Describir las condiciones y estilos de vida de la población estudiada.
4. Identificar las señales ateroscleróticas temprana en adolescentes supuestamente sanos de 10 a 18 años.
5. Clasificar las familias estudiadas.
6. Identificar si las diferencias en las condiciones de vida entre las familias influyen en la variabilidad de la aparición señales ateroscleróticas temprana en adolescentes supuestamente sanos de 10 a 18 años.

2. Diferenciación familiar de los factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en adultos según condiciones de vida

Objetivo general: Determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la variabilidad de la aparición de los factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en adultos de 19 años y más.

Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población encuestada.
2. Describir la percepción de la situación económica y de salud.
3. Describir las condiciones y estilos de vida de la población estudiada.
4. Identificar el comportamiento de las enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en adultos de 19 años en adelante.
5. Clasificar las familias estudiadas.
6. Identificar si las diferencias en las condiciones de vida entre las familias influyen en la variabilidad de la aparición de los factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en adultos de 19 años y más.

3. Diferenciación familiar de problemas de salud según condiciones de vida

Objetivo general: Determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la variabilidad de la aparición de los problemas de salud.

Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población encuestada.
2. Describir la percepción de la situación económica y de salud.
3. Describir las condiciones y estilos de vida de la población estudiada.
4. Identificar el comportamiento de problemas de salud seleccionados.
5. Clasificar las familias estudiadas.
6. Identificar si las diferencias en las condiciones de vida entre las familias influyen en la variabilidad de la aparición de los problemas de salud seleccionados

III. METODO

Metodología: Clasificación de la Investigación: Analítico transversal

Aspectos generales del estudio:

Se realizará un estudio analítico de corte transversal entre septiembre de 2022 a junio de 2025. Se visitarán los hogares y se aplicará una encuesta validada por el Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH) (Anexo1), donde se recogerán datos relacionados con las condiciones de vida de la familia. Paralelamente se aplicara una encuesta a cada integrante de la familia

adolescente de 10 a 18 años y/o de 19 años en lo adelante donde se recogeran variables sociodemográficas; percepción de la salud y de la situación económica; examen físico y antropométrico; estilos de vida y problemas de salud, relacionados con la aterosclerosis (SAT y enfermedades consecuentes).

Universo de estudio y muestra: El universo lo componen las familias pertenecientes a los Consultorios Médicos de Familia (CMF) donde particularmente se realizan las investigaciones, de ellas se estudiarán a los adolescentes supuestamente sanos o a los adultos de 19 años en adelante.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que convivan en la vivienda de forma permanente.

Criterios de exclusión:

- 🔔 Adolescentes diagnosticados con alguna enfermedad relacionada con la aterosclerosis.
- 🔔 Adolescentes embarazadas.
- 🔔 Pacientes que presenten problemas de salud que impida al entrevistado ofrecer una respuesta confiable de la encuesta individual y familiar.

Criterios de salida:

- ☠️ Pacientes que fallezcan durante el estudio y que cambien de residencia.

Variables:

- 🌀 Sociodemográficas: sexo, edad, color de la piel, estado conyugal, escolaridad (años de estudio terminados), situación de actividad en el último mes, situación laboral en el último mes y ocupación secundaria.
- 🌀 Percepción de salud y de la situación económica: valoración individual de la percepción de la salud, de su situación económica y la de su familia y clasificación de la familia según la situación económica en que vive actualmente.
- 🌀 Mediciones individuales resultantes del examen físico y antropométrico: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura (CC), índice cintura cadera (ICC), razón cintura talla y tensión arterial (TA).
- 🌀 Estilos de vida: tabaquismo, ingestión de bebidas alcohólicas, sedentarismo, consumo de alimentos.
- 🌀 Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis: sobrepeso/obesidad, hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebro vascular, enfermedad arterial periférica y enfermedad renal crónica.
- 🌀 Problemas de salud seleccionados.
- 🌀 Condiciones de vida: tipo de vivienda, vivienda segura, problemas constructivos de la vivienda, hacinamiento, abastecimiento de agua, servicio sanitario, ubicación de la cocina, desagüe de la vivienda, eliminación de la basura, electricidad, equipos electrodomesticos, equipo automotor y combustible para cocinar.
- 🌀 Clasificación de la familia: tamaño de la familia y ontogenesis.

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

Variables		Descripción
Sociodemográficas	Sexo	De acuerdo al sexo biológico. Se define como: 1. Femenino, 2. Masculino
	Edad	Se toma en años cumplidos al momento de iniciarse el estudio.
	Color de la piel	1. Blanco, 2. Mestizo3. Negro
	Estado Conyugal	1. Soltero (a), 2. Casado (a), 3. Unión libre o

		acompañado (a), 4. Separado (a), 5. Divorciado (a) o 6. Viudo (a).
	Nivel Educativo	1. Ningún nivel aprobado, 2. Primaria, 3. Secundaria, 4. Obrero Calificado, 5. Técnico Medio, 6. Preuniversitario, 7. Universitario
	Situación de actividad en el último mes	1. Trabaja, 2. Busca trabajo, 3. Jubilado, 4. Pensionado, 5. Beneficiario de la asistencia social, 6. Quehaceres del hogar, 7. Incapacitado para el trabajo, 8. Estudiante, 9. No hace nada
	Situación laboral en el último mes	1. Trabajador estatal, 2. Trabajador por cuenta propia, 3. Trabajador empresa mixta, corporaciones o firma extranjera, 4. Ama de casa, 5. Jubilado, 6. Estudiante, 7. No hace nada
	Ocupación Secundaria	Se define como 1. Si 2. No
Percepción de la salud y de la situación económica	a) Valoración individual de la salud. b) Valoración individual de la situación económica. c) Valoración de la situación económica de la familia	Se define según percepción de cada individuo encuestado como: 1. Buena, 2. Regular, 3. Mala.
	Clasificación de la situación económica de la familia	1. Familia con nivel socioeconómica muy alta, 2. Familia con nivel socioeconómica alta, 3. Familia con nivel socioeconómico medio, 4. Familia con nivel socioeconómico bajo, 5. Familia con nivel socioeconómico muy bajo
Examen físico y antropométrico	Peso ¹	Se expresa en Kilogramos y décimas de kilogramos.
	Talla ²	Se expresa en centímetros y décimas de centímetros.
	IMC ³ y su clasificación	1. Bajo Peso IMC < 18,5 2. Normo peso IMC 18,5-24,9 3. Sobrepeso IMC 25,0-29,9 4. Obeso IMC > o igual a 30
	Circunferencia de la cintura ⁴ y su clasificación	Se considera dentro del rango normal en la mujer ≤ 88 cm. y en el hombre ≤ 102 cm. según datos de la OMS.

¹ Para efectuar el pesaje se utiliza una pesa fiel y calibrada con el Certificado de la Oficina Nacional de Normalización y Metrología, declarada por ellos apta para su uso. Se utilizan las unidades de medidas de acuerdo al sistema internacional de unidades. El paciente se coloca en el centro de la base de la pesa y apoyado solo en sus pies, vestido con la ropa indispensable sin medias, zapatos ni prendas personales.

² Se utiliza un tallímetro de pesas cuyo eje central debe estar perfectamente vertical al piso y cuyo extremo abatible al alzarse no sobrepasa un ángulo de 90° con el eje vertical, con graduación en centímetros y décimas de centímetros. Se coloca al paciente descalzo, de espaldas, con los pies unidos, los brazos al lado del cuerpo, en posición erguida sin despegar los pies de la superficie de la pesa. La cabeza en Plano de Francort: La línea imaginaria que pasa por el borde superior del conducto auditivo externo y por el borde inferior de la urgida ocular paralelo al piso. Después se realiza el descenso de la varilla del tallímetro, aplicándola el tope horizontal al vértice del individuo, ejerciendo la presión necesaria para que deprimiera el pelo. En las hembras se deben retirar hebillas y otros adornos de cabello que pudieran interferir en la medición.

³ Para calcular esta variable se toma el peso (kg) y la talla (m). El IMC es igual al Peso en Kg. /Talla en m².

⁴ Para tomar esta medida se utiliza una cinta métrica graduada, con espacio en blanco inicial propio para manipularla, el paciente se coloca al frente del examinador, con los brazos separados del cuerpo. Se coloca la cinta a nivel del punto medio entre la cresta ilíaca anterosuperior y el borde inferior de la última costilla completamente paralela al suelo, la cinta métrica rodea al paciente,

	Índice cintura - cadera ⁵ y su clasificación	Se considera dentro del rango normal en la mujer $\leq 0,80$ y en el hombre $\leq 0,95$.
	Razón cintura talla	Cociente entre la cintura y la talla. Límite para considerar riesgo en mujeres: valor igual o mayor a 0.4920 Límite para considerar riesgo en hombres: valor igual o mayor a 0.5360
	Tensión Arterial	Se expresa tanto para la tensión arterial sistólica como para la diastólica en mm Hg
Estilos de vida	Tabaquismo	Fumadores activos y Fumadores Pasivos. ⁶ Se define como 1. Si o 2. No
	Ingesta de bebidas alcohólicas	Se define como: 1.Sí o 2. No.
	Sedentarismo ⁷	Sedentarios y No sedentarios. Se define según actividad habitual
	Realización de ejercicio físico	1.Diariamente, 2.Semanalmente, 3.Infrecuentemente, 4.Nunca practico
	Consumo de alimentos	<u>Consumo de frutas</u> : Se define según frecuencia de consumo: 1. Nunca, 2. a veces, 5. Siempre. Se considera bajo consumo las personas que refieren consumir frutas con una frecuencia: nunca y a veces y alto consumo las que refieren siempre. ⁸ <u>Consumo de vegetales</u> : Se define según frecuencia de consumo: 1. Nunca, 2. a veces, 3. siempre. Se considera bajo consumo las personas que refieren consumir vegetales con una frecuencia: nunca y a veces y alto consumo las que refieren siempre. ⁹
	Uso de sal en los alimentos en la mesa	1. Si 2. No
	Grasa con la que se cocina habitualmente	1. Aceite, 2. Mantequilla o margarina, 3. Manteca, 4. No uso grasa, 5. Casi no uso grasa, 6. No sabe
	Sobrepeso y/o Obesos	Se toman como sobrepeso todos los pacientes con un IMC $>$ o igual 25,0 y obesos todos los pacientes con

cruzándose los extremos en el frente y con el cero en el centro. Es importante que el observador este sentado. La medición se realiza por los médicos de cada consultorio.

⁵ Para calcular esta medida se divide la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera. La toma de la circunferencia de la cintura se explica en el punto anterior, para la circunferencia de la cadera se utiliza igualmente una cinta métrica graduada, con espacio en blanco inicial propio para manipularla, el paciente se coloca al frente del examinador, con los brazos separados del cuerpo. Se coloca la cinta en plano horizontal al piso y a nivel del trocánter mayor del fémur, la cinta métrica rodea al paciente, cruzándose los extremos en el frente y con el cero en el centro. La medición se realiza por los médicos de cada consultorio.

⁶Se considera fumador pasivo a la persona que en un ambiente cerrado inhala humo de tabaco procedente de otros fumadores.

⁷Se consideran sedentarios aquellos sujetos que trabajan sentados o de pie y no realizan ninguna actividad física complementaria. El cálculo no está exento de errores, pero brinda una idea de aquellos sujetos que tienen poca o ninguna actividad física, es decir, sedentarios e hipokinéticos.

⁸ Solamente se pregunta sobre la causa de bajo consumo de frutas a las personas que refirieron consumir frutas con una frecuencia: nunca o a veces.

⁹ Solamente se pregunta sobre la causa de bajo consumo de vegetales a las personas que refirieron consumir vegetales con una frecuencia: nunca o a veces.

Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis		IMC > o igual a 30.
	Hipertensión Arterial	a) Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de hipertenso y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de hipertenso.
	Diabetes mellitus tipo II	a) Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de diabético y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de diabético.
	Dislipidemia	a) Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de colesterol, triglicéridos altos o ambos en la sangre y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de colesterol, triglicéridos altos o ambos en la sangre.
		Diagnóstico de dislipidemia de más de un año. Se define como 1. Si o 2. No
	Enfermedades del corazón (Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmia e infarto del miocardio)	a) Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de enfermedades del corazón y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de enfermedades del corazón.
	Enfermedad cerebro vascular	a) Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de enfermedad cerebro vascular y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de enfermedad cerebrovascular.
	Enfermedad arterial periférica	a) Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de enfermedad arterial periférica y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de enfermedad arterial periférica.
Enfermedad renal crónica	Antecedentes familiares. Se define como 1. Si o 2. No b) Pacientes que 1. tienen diagnóstico de enfermedad renal crónica y Pacientes que 2. no tienen diagnóstico de enfermedad renal crónica.	
Condiciones de vida	Tipo de vivienda	Se define como: 1. Casa, 2. Apartamento, 3. Habitación en cuartería, 4. Local adaptado, 5. Vivienda improvisada, 6. Casa de vecindad o 7. Bohío.
	Vivienda segura ¹⁰	Valoración del encuestado: Se define como: 1. Sí o 2. No.
		Valoración del encuestador: Se define como 1. Segura o 2. No segura.
	Problemas constructivos en la vivienda	Se marca si No tiene problemas o Si tiene, cuál o cuáles son estos problemas
	Hacinamiento ¹¹	- Índice de hacinamiento bajo cuando es menor o igual a 2 - Índice de hacinamiento alto cuando es mayor de 2.
Abastecimiento de agua	Lugar donde la recibe: Se define como: 1. Dentro de la vivienda, 2. Fuera de la vivienda, 3. Acarreo o Pipa.	

¹⁰ Se considera que una vivienda es segura si no tiene un grave deterioro constructivo y/o si no está declarada inhabitable por la dirección de viviendas y/o si no es improvisada o construida con materiales inadecuados.

¹¹ Índice de hacinamiento: se calcula dividiendo la cantidad de personas que duermen en la vivienda entre el número de locales que utilizan para dormir. Se interpreta como bajo cuando el índice es menor o igual a 2 y alto cuando es mayor de 2.

		Frecuencia: Se define como: 1. Diariamente (24 Horas), 2. Diariamente (Menos de 24 horas), 3. En días alternos (un día sí y otro no), 4. Dos veces por semana, 5. Una vez por semana, 6. Irregularmente
	Servicio sanitario	Ubicación del servicio sanitario: Se define como: 1. Dentro de la vivienda, 2. Fuera de la vivienda, 3. No tiene. Uso del servicio sanitario: Se define como: 1. Exclusivo de la vivienda o 2. Colectivo
	Ubicación de la cocina	Lugar donde está ubicada la cocina. Se define como: 1. Una habitación aparte, 2. En una habitación de uso común o dormitorio o 3. No tiene
	Desagüe de la vivienda	Tipo de desagüe. Se define como: 1. Alcantarillado, 2. Fosa o tanque séptico, 3. Otro
	Eliminación de la basura	Se define como: 1. Recogida a domicilio, 2. La vierte en contenedor o tanque público, 3. La vierte en vertedero o área común, 4. La quema, 5. La entierra, 6. La elimina de otra forma.
		Frecuencia de recogida: Se define como: 1. Diariamente, 2. En días alternos (un día sí y otro no), 3. Dos veces/semana, 4. Una vez por semana, 5. Irregularmente
	Electricidad	Se define como 1. Sí o 2. No.
	Equipos electrodomésticos	Se define: Equipos de primera necesidad: Televisor/Radio, Plancha, Ventilador, Refrigerador y Olla de presión. Equipos de segunda necesidad: Grabadora, batidora, aire acondicionado, horno micro onda, lavadora, video, máquina de coser, freezer, olla arrocera, olla reina, computadora, calentador de agua, DVD, teléfono, cocina u hornilla eléctrica, otros.
	Equipo automotor para uso familiar	1. Si 2. No
	Posibilidades que brinda	1. Salir a pasear, 2. Ir de vacaciones, 3. Ir al trabajo/escuela, 4. Ir al médico, 5. Ir de compras
	Combustible para cocinar	1. Gas manufacturado, 2. Gas licuado, 3. Kerosene, 4. Cocina Eléctrica, 5. Petróleo, 6. Alcohol, 7. Leña o carbón de leña, 8. Otro, 9. Ninguno
Clasificación de la familia	Tamaño de la familia	1. Pequeña, 2. Mediana, 3. Grande
	Ontogénesis de la familia	1. Nuclear, 2. Extensa, 3. Ampliada
Problemas de salud	Problemas de salud seleccionados	Aquí estará la definición de la variable de cualesquiera otro (s) problema (s) de salud que se inserte (n) en el proyecto

Técnicas y procedimientos

Fuentes de Información

- 📖 Historias de Salud Familiar e historias clínicas individuales de pacientes de los CMF del Policlínico Pedro Fonseca Álvarez.
- 📖 Encuesta elaborada por el Centro de Investigación y Referencia de la Aterosclerosis de La Habana.

📖 Análisis de la Situación de Salud de los Consultorios Médico en los cuales se realizan las investigaciones y del Policlínico Pedro Fonseca Álvarez.

Procesamiento y análisis.

Para el procesamiento de la información se construirá una base de datos en ACCESS en la cual se vaciarán los datos recogidos en la encuesta. La información se procesará con el paquete estadístico Statistical for the Social Science (SPSS) versión 20.0 para Windows. Se introducirán los datos relativos a las variables ya mencionadas y se calcularán los indicadores antes definidos. Se confeccionarán tablas de distribución de frecuencias con valores absolutos y relativos. Para determinar la influencia de las diferencias en las condiciones de vida de la familia en la aparición de las señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes supuestamente sanos de 10 a 18 años, en el comportamiento de los factores de riesgo y las enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en la población mayor de 18 años y en el comportamiento de los problemas de salud seleccionados, se aplicará el Análisis de Correlaciones Canónicas. Este análisis consiste en describir la asociación entre dos grupos de variables, las familiares y las de salud.

Aspectos éticos.

La información relacionada con la identidad de los pacientes y los resultados obtenidos serán tratados confidencialmente y atendidos solo por el personal especializado que participará en la investigación. Los pacientes darán su consentimiento por escrito después de suministrarle toda la información requerida en forma oral y escrita. El consentimiento de participación por escrito será obtenido a través de la firma del modelo de Consentimiento de participación (Anexo 2).

IV. RESULTADOS

Hasta el momento el resultado más importante es el número de Trabajo de Terminación de la especialidad de Medicina General Integral como salidas del Proyecto: siete residentes de un total de nueve; dos presentaron su protocolo de investigación, en el mes de enero, constituyen el 100% de los residentes del primer año de la especialidad; dos se encuentran en el segundo año, es decir el 66.6% forman parte del Proyecto del Policlínico y tres son del tercer año, lo cual representa el 75% de los residentes de este año de la especialidad.

Tabla 2. Título de las investigaciones en curso por año de la residencia.

	Título de la Investigación del Residente	Año de la Residencia	Momento en que se encuentra la investigación
1.	“Factores contextuales y su asociación a señales aterogénicas tempranas (SAT) en adolescentes de tres Consultorios Médico de Familia, La Lisa, 2026”.	1 ^{ro.}	Presentación y aprobación del Protocolo por el Consejo Científico de la institución
2.	“Asma según condiciones de vida, Consultorio Médico no. 2, Policlínico Pedro Fonseca, 2026”.	1 ^{ro.}	Presentación y aprobación del Protocolo por el Consejo Científico de la institución
3.	“Señales aterosclerótica temprana en adolescentes supuestamente sanos según condiciones de vida, de tres CMF, Policlínico	2 ^{do.}	Inicio de la aplicación de las encuestas a la población de estudio

	Pedro Fonseca Álvarez, 2025”.		
4.	“Factores prenatales y posnatales y su asociación a señales aterogénicas tempranas (SAT) en adolescentes de tres CMF, La Lisa, 2025”.	2 ^{do} .	Inicio de la aplicación de las encuestas a la población de estudio
5.	“Diferenciación familiar de la covid19 según condiciones de vida, CMF no. 13, Policlínico Pedro Fonseca, 2024”.	3 ^{ro} .	Inicio del vaciado a la BD y procesamiento de la información
6.	“Señales ateroesclerótica temprana en adolescentes supuestamente sanos en el CMF no. 5, Policlínico Pedro Fonseca Álvarez, 2025”.	3 ^{ro} .	Inicio del vaciado a la BD y procesamiento de la información
7.	“Diferenciación familiar en la hipertensión arterial y enfermedades consecuentes en el adulto según condiciones de vida, CMF no. 6, Policlínico Pedro Fonseca, 2024”.	3 ^{ro} .	Inicio del vaciado a la BD y procesamiento de la información

Fuente: BD de la autora principal del Proyecto.

Es también un resultado del Proyecto, que se tengan Protocolos de investigación, del primer año de la residencia e investigaciones en curso (del segundo y tercero) que responden a los tres subproyectos propuestos los cuales se identifican como investigaciones analíticas, tipo que se utiliza muy poco en los trabajos de terminación de la residencia en la especialidad de Medicina General Integral así mismo sucede con el estudio de las condiciones de vida.

Otros resultados no son posibles pues las investigaciones más avanzadas se encuentran aún en fase de vaciamiento de datos y procesamiento de la información, los residentes de la especialidad que se encuentran ahora en el tercer año, recién iniciado deberán presentar su investigación en enero de 2024.

V. CONCLUSIONES

Resulta la primera vez que en esta área de salud se dispone de un Proyecto, que lidera la investigación científica, con tres subproyectos con el objetivo de dar salida a las investigaciones de los Trabajos de Terminación de la Residencia de la especialidad médica de Medicina General Integral; es también novedad que se estén realizando investigaciones de tipo analítica, y de las condiciones de vida de la familia. Son mayoría los residentes que se encuentran dentro del Proyecto de la institución.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ravenet Ramírez M. Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. Ponencia presentada en el II Seminario Nacional “Espacio y salud: lugar, salud y enfermedad”. Universidad de La Habana; 17 y 18 de abril del 2003.

2. Berenguer Gouarnaluses M, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I, Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN vol.21 no.1 Santiago de Cuba ene. 2017. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.phpS1029-30192017000100008>
3. García CarmenateM, Diferenciación familiar de factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en pacientes del consultorio 1. policlínico 19 de abril. 2015-2016 La Habana 2018. Disponible: <http://instituciones.sld.cu/cirah/maestria-y-doctorado/tesis-de-maestria-2/tesismaestria2018>
4. Corral Martín, A,Pría BarrosMC. Desigualdades en la carga global de enfermedad según condiciones de vida. Cuba, 2013-2015 Disponible: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200774592019000300337&script=sci_arttext
5. Philippe Lamy El compromiso mundial para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Universal healthcomiss reportes Ciudad de Mexico 2019. Disponible en:https://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/17_pdfsam_la.pdf
6. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
7. Villar Montesinos E. Las recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la región de América Universal healthcomiss reportes Ciudad de Mexico 2019. Citado Disponible en:http://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/25_pdfsam_la.pdf
8. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. RevGerencPolit Salud. Bogotá (Colombia). 2009 [citado 24 Sep 2016]; 8(17): 69-79. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>
9. García-Ramírez JA, Vélez Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Rev Salud Pública. 2013 [citado 24 Sep 2016]; 15(5). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
10. Romero Placeres M, Álvarez Toste M, Álvarez Pérez A. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. Rev Cubana HigEpidemiol. 2007 [citado 4 Sep 2016]; 45(2). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032007000200001&script=sci_arttext&tlng=pt
11. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. Washington DC 2019. OPS/NMH/19-016. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51482>
12. Bacallao Galleste y J, Díaz-Perera Fernández G, Alemañy Pérez E. Patrones de concentración social de factores de riesgo aterosclerótico y enfermedades del corazón en La Habana. Rev Cubana de Salud Pública oct-dic.2012 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662012000400003
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana 2019. Versión electrónica ISSN: 3561-4433 Disponible
14. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: OMS; 2005 [citado 24 Sep 2016]. Disponible en:http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf