



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdc12024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282

Caracterización de la situación de salud de 30 familias del CMF OBE “Baracoa - Guantánamo enero-marzo 2024

Henri Orlando Domínguez Utría^{1*} <https://orcid.org/0009-0002-9817-1475>

Lic. Kaleannis Utría Paumier² <https://orcid.org/0009-0007-7837-2700>

MsC. Yurleidis Frómeta Quintero³ <https://orcid.org/0009-0002-5355-6208>

MsC. Mariyulkis Silva Espalter⁴ <https://orcid.org/0000-0003-1018-6593>

Yahira Dianet Osorio Suárez⁵ <https://orcid.org/00009-0004-2704-891>

¹Estudiante de segundo año de Medicina, Filial de Ciencias Médicas Baracoa, correo electrónico: henrydomingezutria@gmail.com

²Lic. Marxismo Leninismo e Historia, Filial de Ciencias Médicas Baracoa, correo electrónico: kaliannis1075@gmail.com

³MsC. De la Educación, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, correo electrónico: yurleidis@infomed.sld.cu

⁴Lic.En Computación y MsC. De la Educación, Filial Ciencia Médicas Baracoa, correo electrónico: silvamariyulkis83@gmail.com

⁵Estudiante de segundo año de Medicina, Filial de Ciencias Médicas Baracoa, correo electrónico: yahiradianetosoriosuarez@gmail.com

*Autor para la correspondencia: henrydomingezutria@gmail.com

RESUMEN:

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de caracterizar la situación de salud de 30 familias del CMF 6 OBE Policlínico “Fermín Valdés Domínguez“ Baracoa, Guantánamo enero - marzo 2024. El universo estuvo conformado por 68 pacientes y 30 familias. Se obtuvo información relacionada con la descripción demográfica de la comunidad. Fueron identificados factores de riesgo, dispensarización y problemas de salud, además de precisar las acciones de salud y proponer un plan de acción-ejecución incluyendo acciones de promoción y prevención de salud. La información fue recogida mediante un formulario y un cuestionario dirigido a evaluar estilo de vida y

modo familiar. Los datos obtenidos fueron procesados en una computadora Teclast F15S y resumidos utilizando los números absolutos, el porcentaje. Se observó una población de perfil regresivo o envejecido, con predominio del sexo femenino y el grupo de edad de 65-69. Sus integrantes pertenecen al grupo dispensarial II, padecen de hipertensión arterial y presentan índice significativos de vectores e roedores en sus viviendas constituyendo los principales problemas de salud identificados por la población.

Palabras clave: Familia; prevención en salud; educación para la salud

ABSTRACT:

A descriptive, cross-sectional observational study was carried out with the aim of characterizing the health situation of 30 families from CMF 6 OBE Polyclinic "Fermín Valdés Domínguez" Baracoa, Guantánamo January - March 2024. The universe consisted of 68 patients and 30 families. Information related to the demographic description of the community was obtained. Risk factors, dispensarization and health problems were identified, in addition to specifying health actions and proposing an action-execution plan including health promotion and prevention actions. The information was collected through a form and a questionnaire aimed at evaluating lifestyle and family lifestyle. The data obtained were processed on a Teclast F15S computer and summarized using absolute numbers, percentage. A regressive or aging population was observed, with a predominance of females and the age group of 65-69. Its members belong to dispensary group II, suffer from arterial hypertension and have significant rates of vectors and rodents in their homes, constituting the main health problems identified by the population.

Keywords: Family; health prevention; Health Education.

INTRODUCCIÓN:

La Familia se define como la célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana familiar, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre la esposa y el esposo, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica. Muchos autores la definen como el primer grupo al cual pertenece el individuo, el cual nace de la unión biológica y espiritual de un hombre y una mujer, los cuales deciden tener una vida en común².

La familia es la institución histórica y jurídica de más profundo arraigo a lo largo de las distintas etapas de la civilización y su origen se remonta a los albores de la humanidad. Surge como una necesidad de la

supervivencia de los hombres, siendo la primera unión entre hombres y mujeres, a través del matrimonio, por sexo, sin constituir una pareja, dando lugar a la familia consanguínea y produciéndose relaciones entre hermanos, padres e hijas, etc. En esta etapa no existía una organización familiar, más bien se trataba de un período de transición entre lo animal de la manada y lo humano de las primeras organizaciones sociales³.

Constituye la familia la primera escuela de virtudes humanas-sociales, que todas las sociedades necesitan; por medio de la misma se introduce en la sociedad a las personas. A través de sus funciones reproductiva, económica, afectiva y educativa, se transmiten: la experiencia histórico social y valores culturales, enseñanza, normas, convenciones, actitudes y sentimientos que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje⁴.

En la época del salvajismo aparece el matrimonio por grupos, dando lugar a la familia punalúa. En esta forma de organización familiar, las relaciones sexuales estaban limitadas a los miembros de la tribu. En épocas posteriores aparece el matrimonio sindiásmico, dando lugar a ese mismo tipo de familia; ya aquí sí existe la pareja, que permite que tanto el hombre como la mujer tengan relaciones con otros individuos, aunque no sean de la misma tribu⁴.

En las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños⁴.

El clan fue la primera manifestación de solidaridad humana, la forma más primitiva de unión destinada a lograr una posibilidad de defensa, que hiciera factible la supervivencia en un medio hostil. Pero a medida que los sentimientos de los individuos se afinaban, el vínculo común y general fue siendo remplazado, paulatinamente, por la solidaridad familiar que aunó a grupos más pequeños y discriminados⁴.

En la civilización aparece el llamado matrimonio monogámico, que da origen a la familia monogámica causada por la aparición de la propiedad privada que, a su vez, engendra la necesidad de conocer los lazos consanguíneos con el fin de poder transmitir los bienes de herencia. Es decir, con el surgimiento de la familia también surge la división del trabajo (el grupo que se dedica a la pesca, los agricultores, los ganaderos, etc.), apareciendo la división de las clases sociales⁵.

Cada formación económica social modifica las normas y valores sociales que repercuten en el funcionamiento familiar. El grupo familiar opera como un eslabón de intercambio entre el medio social y el individuo, ya que es una de las fuentes más intensas de aprendizaje social⁶.

El mundo de hoy enfrenta desafíos importantes. Las familias han reducido su tamaño, han cambiado sus conformaciones, y sus dinámicas se han vuelto mucho más complejas. Las tasas de natalidad se han reducido significativamente en muchos países, incluso llegando a niveles por debajo de la tasa de reemplazo generacional (2.1 hijos por mujer), la población adulta mayor ha crecido, pero las generaciones jóvenes y las personas en edad productiva tienden, en los próximos años, a disminuir. Por su parte, los hogares monoparentales principalmente jefeados por mujeres han aumentado, elevando igualmente los problemas de pobreza asociados con esta realidad^{7,8}.

Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como el paro, las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias o la marginalidad. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad dentro de la sociedad, siendo mucho más que una unidad jurídica, social y económica. La familia es, ante todo, una comunidad de amor y de solidaridad⁹⁻¹¹.

La familia cubana no está excluida de la influencia de los cambios mundiales, ni de los problemas que tiene la familia como institución a nivel internacional. Los problemas económicos y de interacción familiar que pueden generar conflictos graves en los hogares, se aprecian también en la sociedad cubana, con familias que pueden responder de manera resistente; sin embargo, otras pueden enfermar o desencadenar una crisis de funcionamiento o, en definitiva, retardar su desarrollo individual y/o grupal¹².

De hecho, la familia cubana, favorecida por políticas sociales muy ventajosas, ha sido y es, a la vez, protagonista de tensiones y contradicciones gestadas en el nivel macrosocial. Los efectos de condiciones coyunturales muy singulares de la sociedad cubana pueden fortalecer a la familia, pero también debilitarla; sus efectos dependen de la integración de múltiples factores, entre los que se pueden contar los económicos, los psicológicos y los sociales¹².

La familia cubana actual se caracteriza por la variada y compleja tipología de composición familiar dada por la mayoritaria convivencia multigeneracional, el incremento de los hogares reconstituidos, con

hijos de uniones anteriores, la mujer sola como jefa de familia, abuelos con nietos o bisnietos por conveniencias legales y se incrementan los hogares con parejas homosexuales¹³.

La familia guantanamera no es ajena a las transformaciones familiares por las que atraviesa el país, y ha experimentado un tránsito de lo que se conoce como modelo familiar, del tradicional: patriarcal, nuclear típica biparental, heterosexual, jefatura de hogar masculina, mujer cuidadora, hombre proveedor, estilos de autoridad, comunicación regulativa y reactiva ante la política social; al emergente: nuevas configuraciones familiares, más pequeñas, intergeneracionales, democráticas y participativas, jefatura de hogar femenina y visiones de equidad de género¹⁴.

La familia baracoense se identifica como modelo familiar, del tradicional: patriarcal, nuclear típica biparental, heterosexual, jefatura de hogar masculina, mujer cuidadora, hombre proveedor, estilos de autoridad, comunicación regulativa¹⁴.

Aunque cada año se realiza en el consultorio del médico de la familia el análisis de la situación de salud, el autor considera necesario profundizar en el estudio de las familias, reflejar las acciones de salud realizadas, evaluación del cumplimiento del plan de acción con especial atención a la intersectorialidad y la participación comunitaria en la solución de sus problemas.

Pregunta Científica: ¿Cuáles son los rasgos que caracterizan la situación de salud en las 30 familias del CMF #6 OBE del área de salud del Policlínico Docente Fermín Valdés Domínguez del municipio Baracoa durante el período enero a marzo del 2024?

Justificación del estudio: El estudio propuesto permitirá comprender la importancia de la prevención de enfermedades y otros daños a la salud y el papel de la comunicación en la prevención e intervención de las crisis familiares, así como proponer plan de acción- ejecución a fin de elevar el estado de salud de los habitantes.

OBJETIVOS

General: Caracterizar la situación de salud de 30 familias del CMF 6 OBE “Turey“ del Policlínico Docente “Fermín Valdés Domínguez“ Baracoa - Guantánamo durante el período enero a marzo del 2024

Específicos:

- Caracterizar la comunidad desde el punto de vista demográfico.

- Identificar los factores de riesgo (de comportamiento, biogenéticos, medioambientales, socioeconómicos), dispensarización y problemas de salud, individuales y colectivos presentes en dicha población.
- Precisar las acciones de salud realizada durante el periodo de estudio.
- Proponer un plan de acción-ejecución que incluye acciones de promoción y prevención de salud y empleo de las herramientas de la educación para la salud.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la situación de salud de 30 familias del CMF 6 OBE “Turey“ del Policlínico Docente “Fermin Valdés Domínguez“ Baracoa - Guantánamo durante el período de enero a marzo del 2024.

El universo de estudio estuvo conformado por los 1885 pacientes del Consultorio Médico, de los cuales se tomó una muestra no probabilística, de 30 familias (68 pacientes), basada en criterios del autor:

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad de participar en la investigación (Consentimiento informado)

Criterios de exclusión:

- No pertenecer al área de estudio según identificación personal.

Criterios de salida:

- No completar el periodo de estudio independientemente de las causas.

El desarrollo de esta investigación se realizó teniendo en cuenta las siguientes etapas:

Etapa I: Diagnóstico de la situación de salud (DSS).

Etapa II: Diagnóstico comunitario (DC).

I. ETAPA I: DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD (DSS)

A. Caracterización de la comunidad desde el punto de vista demográfico.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicadores de medida
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa discreta	<1 1-9 10-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-64 65 y más	Edad en años cumplidos según carnet de identidad.	Número y por ciento de individuos según grupos de edades.
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico.	Número y por ciento de individuos según sexo.
Tipo de población	Cualitativa nominal	Población progresiva o joven Población regresiva o envejecida Población estacionaria.	Perfil que adquiere la población al comparar grupos de edades (0-14 años en relación con los 50 años y más)* Al comparar el porcentaje de ambos grupos, la diferencia porcentual debe ser mayor del 3%.	Porcentaje que representa del total de población los grupos poblacionales de 0-14 años en relación con los 50 años y más.
Nivel de Escolaridad	Cualitativa ordinal politómica	Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Obrero calificado Técnico medio terminado Pre- universitario terminado Universidad terminada Círculo o jardín infantil. Vías no formales.	Grado de estudios máximo alcanzado por un individuo. División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional	Número y por ciento de individuos según nivel de escolaridad.

		Pre- escolar no institucionalizado No escolarizado apto para el estudio. No escolarizado no apto para el estudio o incapacitado		
Ocupación	Cualitativa nominal Politómica	Estudiantes Trabajadores Amas de casa Jubilados Desvinculados Trabajadores por cuenta propia SMA Reclusos	Actividad laboral que desempeña cada integrante de la familia, puede coincidir o no con la profesión u oficio.	Número y por ciento de individuos según labor que realiza.

*Tipo de población. Se clasificará según corresponda en:

Población progresiva o joven: Cuando el porcentaje de personas de 0-14 años es superior al del grupo de 50 años y más.

Población regresiva o envejecida: Cuando el porcentaje de personas de 0-14 años es inferior al del grupo de 50 años y más.

Población estacionaria: Cuando existe un equilibrio entre ambos grupos.

B. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, de familia e individual.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicadores de medida
		Escala	Descripción	
Presencia de vectores.	Cualitativa nominal	Moscas Cucarachas Roedores Mosquitos (especificar Aedes Aegypti)	Tipo de vectores identificados en las viviendas de interés epidemiológico	Número y por ciento de viviendas según tipo de vectores.

Riesgos relacionados con la conducta del individuo en mayores de 15 años	Cualitativa nominal politómica	Bebedores abusivos Consumo de Psicofármacos Sedentarismo Consumo excesivo de sal Consumo grasas de origen animal Uso excesivo de azúcares refinados Higiene bucal deficitaria Conducta sexual no responsable.	Riesgos relacionados con la conducta que incrementan la predisposición a padecer enfermedades.	Número y porcentaje de individuos con riesgos relacionados con la conducta.
--	--------------------------------	--	--	---

C. Análisis de las acciones de salud realizadas.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de dispensarización	Cualitativa ordinal	Grupo I Grupo II Grupo III Grupo IV	Clasificación de la población una vez realizada la evaluación por el EBS. (Ver criterios y definiciones)	Número y porcentaje de población grupos de dispensarización

D. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.

Se analizó la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que afectan a la comunidad, la invalidez y la mortalidad.

Para el cálculo de incidencia y prevalencia de Hipertensión Arterial el numerador y denominador será analizado en la población mayor de 15 años.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Morbilidad por enfermedades transmisibles.	Cualitativa nominal	Infección respiratoria aguda (IRA) Enfermedad diarreica aguda (EDA) Fiebre tifoidea Disentería amebiana Shigellosis Sífilis Gonorrea Condilomatosis Hansen Tosferina VIH/SIDA Hepatitis viral Dengue Sika Cólera Tuberculosis Meningococemia Meningitis meningocócica Meningitis viral Meningitis bacteriana	Expresa el riesgo de contraer una enfermedad.	Tasa de incidencia de enfermedades transmisibles

		Varicela Sarampión Rubeola Parotiditis Leptospirosis Paludismo importado Covid-19			
Prevalencia de Enfermedades transmisibles.	de no	Cualitativa nominal	Hipertensión arterial Asma Bronquial Diabetes Mellitus ECV IRC Cáncer Cardiopatía isquémica Malnutrición por exceso (Obesidad) Malnutrición por defecto (Desnutridos) Enfermedades psiquiátricas Conducta suicida Tabaquismo Alcoholismo Drogadicción Hipercolesterolemia	Expresa el riesgo de padecer una enfermedad	Tasa de prevalencia de enfermedades no transmisibles

II. ETAPA II: DIAGNÓSTICO COMUNITARIO (DC)

E. Identificar problemas de salud sentidos. Determinación de prioridades.

Se identificaron las necesidades sentidas de la población. Para realizar esta tarea se convocó a una primera reunión los líderes formales e informales de la comunidad incluyendo al médico, enfermera, operario de la campaña de manera que los problemas reales identificados una vez analizados los 4 primeros componentes de la guía nos permitieron estar en condiciones para plantear problemas en el proceso de identificación de necesidades sentidas junto al resto de participantes seleccionados teniendo en cuenta sus conocimientos y experiencia en la comunidad. Una vez explicado el proceso que se iba a realizar se les solicitó a los participantes escribir en un papel que les fue entregado antes de iniciar la lluvia de ideas, los dos problemas más importantes que a juicio de ellos están afectando la salud de la comunidad. Las ideas expresadas no se explicaron. Una vez concluido este momento se procedió a la reducir del listado y finalmente se sometió al método de “Ranqueo” para identificar el problema prioritario.

Resultó de suma importancia el hecho de que cuando se aplicaron los criterios, la operación fue precedida de un análisis epidemiológico del problema y que cada puntuación se otorgó después de que fue evaluado el problema en su verdadera dimensión epidemiológica.

Una vez identificado el problema prioritario se realizó el análisis causal del mismo, utilizando para ello el árbol de problema:

F. Elaboración del Plan de Acción-Ejecución.

Para la elaboración el Plan de Ejecución se tuvo en cuenta la alternativa de solución elaborada utilizando la MATRIZ y según el esquema de Gantt, respondió a los siguientes aspectos: actividad (qué), participantes (quiénes), fecha de cumplimiento (cuándo), lugar (dónde) y cómo se realizará la evaluación de las acciones establecidas para alcanzar el objetivo propuesto (se definieron los indicadores).

Una vez realizada la implementación del Plan de Acción-Ejecución se evaluarán los resultados obtenidos en la solución de los problemas identificados por la comunidad.

MÉTODOS UTILIZADOS:

Métodos de Investigación Cuantitativa:

Métodos del Nivel Teórico:

Histórico-lógico: para reseñar el surgimiento y evolución de las tendencias históricas que sustentan el surgimiento y la pertinencia de esta herramienta, se realizará la búsqueda en Infomed, LILACS, PubMed y otras bases de datos reconocidas para profundizar en aspectos organizativos y metodologías para su ejecución y su aplicación en los servicios de salud.

Análisis-síntesis: para analizar las diferentes teorías acerca del ASIS y tener en cuenta cuáles son las necesarias y actuales para desarrollar esta investigación.

Inducción-deducción. Permitió a partir del estudio de la información, arribar a conocimientos generales imprescindibles para resolver el problema.

Análisis de documentos: Permitió obtener información y determinar aspectos fundamentales de la población en estudio.

Modelación: para modelar las diferentes partes que integran este proyecto se utilizaron los referentes que ofrece la metodología de la investigación.

Métodos del nivel empírico:

Observación: para identificar los comportamientos de la población para con la salud personal, familiar y comunitaria.

Encuestas: se aplicó un formulario al jefe del núcleo de cada familia, originalmente elaborado por un colectivo de autores de la Escuela Nacional de Salud Pública y luego adaptado a las necesidades de la provincia por el colectivo de profesores del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Para evaluar la satisfacción de la población con los servicios de salud se utilizará un cuestionario mejorado por profesores del departamento Salud Pública al incorporar la utilización de criterios de calidad para su evaluación.

Métodos Estadístico-Matemáticos:

Se utilizó la estadística descriptiva para el procesamiento y resumen de los datos primarios, de ella: el análisis porcentual, el índice y la tasa de prevalencia e incidencia según corresponda, utilizando datos confiables y válidos sobre el asunto investigado obtenidos por el autor de la investigación.

Métodos de investigación cualitativa:

Métodos orientados a la comprensión:

Etnografía: Nos permitió analizar el modo de vida de la población de estudio, mediante la observación y descripción de su comportamiento, para comprender por qué tiene lugar la alta incidencia de los problemas observados y bajo qué circunstancias y conductas, y cómo estos podrían variar si se modifican las últimas. Así como también contrastar lo que la gente dice y lo que realmente hace.

Plan de obtención de la información:

Para la recogida de la información se realizó a la población en estudio una encuesta según la guía elaborada para este fin, que se complementó con el Test FF-Sil, destinado a evaluar el funcionamiento familiar. Esta fue la fuente primaria.

Para tener un contexto más minucioso de la situación de salud del paciente se hizo uso de la observación, la cual permitió ver y analizar directamente la situación, así como el ambiente en que se desarrolla el individuo, la situación de la vivienda, etc. Mediante la revisión de las historias clínicas individuales y las historias de salud familiar, tarjetas de citologías, vacunación y serie cronológica de los pacientes pudimos obtener datos esenciales. Estas constituyeron fuentes secundarias.

Se utilizó el enfoque de género para el análisis de los datos obtenidos.

Técnicas de discusión y síntesis:

Los aspectos tratados fueron analizados de manera crítica identificando las interrelaciones que explican los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del enfoque epidemiológico y social. Se analizó la participación de la población y la intersectorialidad como actores de este proceso.

Los datos obtenidos en la Etapa I se analizaron utilizando el enfoque de género y durante el desarrollo de la discusión se relacionaron los problemas identificados con los determinantes sociales de la salud. Para el desarrollo de la Etapa II, se utilizaron las técnicas cualitativas descritas en correspondencia con el objetivo planteado y se compararon los resultados del diagnóstico inicial realizado en febrero de 2023 y el realizado en noviembre del mismo año. Finalmente se arribó a conclusiones y se emitieron recomendaciones.

Consideraciones Éticas:

La ética está íntimamente relacionada con la moral, para la realización de nuestro trabajo haremos uso de las normas y principios de la ética médica: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia respetando siempre la voluntad de los pacientes y cuidando su pudor. Para llevar a cabo nuestra investigación tendremos en cuenta consideraciones éticas relacionadas con las personas objetos de estudio, a las que se les explicará los objetivos de nuestra investigación, pidiéndoles su consentimiento para ser incluidos en la misma. Se les informó que los resultados que arrojen las evaluaciones que se apliquen serán confidenciales y que se utilizarán con fines científicos, la información que se recogió tendrá como principio la privacidad y así se respetará la confidencialidad del paciente.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

I. ETAPA I: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD

A. Caracterización de la comunidad desde el punto de vista sociohistórico, cultural, geográfica y demográfico:

Caracterización demográfica:

Tabla 1: Población según grupos de edades y sexo. CMF # 6 OBE "Turey", Policlínico Docente "Fermín Valdés Domínguez", Municipio Baracoa, enero – marzo 2024

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 1	1	3.13	0	0	1	1.47
1 - 4	0	0	2	5.56	2	2.94
5 - 9	0	0	0	0	0	0
10 - 14	0	0	2	5.56	2	2.94
15 - 19	1	3.13	0	0	1	1.47
20 - 24	3	9.36	4	11.11	7	10.29
25 - 29	2	6.25	0	0	2	2.94
30 - 34	2	6.25	3	8.33	5	7.35

35 - 39	1	3.13	1	2.78	2	2.94
40 - 44	0	0	2	5.56	2	2.94
45 - 49	3	9.36	2	5.56	5	7.35
50 - 54	2	6.25	3	8.33	5	7.35
55 - 59	3	9.36	4	11.11	7	10.29
60 - 64	2	6.25	4	11.11	6	8.82
65 - 69	4	12.5	3	8.33	7	10.29
70 - 74	4	12.5	2	5.56	6	8.82
75 - 79	0	0	1	2.78	1	1.47
80 - 84	2	6.25	2	5.56	4	5.88
85 - 89	0	0	0	0	0	0
90 - 94	2	6.25	0	0	2	2.94
95 - 100	0	0	1	2.78	1	1.47
Total	32	100	36	100	68	100

Fuente: Formulario **Índice de masculinidad:** 88.89 por cada 100 mujeres

Tipo de población: Regresiva o envejecida

La tabla muestra un ligero predominio del sexo femenino en la población de estudio, observándose un índice de masculinidad de 88.89 por cada 100 mujeres. Así como el predominio de los grupos etarios 65 a 69 y 55 a 59 años. En la tabla y comparando los grupos de edades de entre 0 y 14 años en relación con los de 50 años y más, se observó una población de perfil regresivo o envejecido, coincidiendo con estudios realizados a nivel nacional que demuestran el envejecimiento de la población cubana. Difiere de investigaciones realizadas en Centroamérica que predominan niños y jóvenes.

En las 30 familias estudiadas existen un total de 27 adultos mayores los que se les brinda una atención diferenciada por el Equipo Básico de Salud (EBS) y por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG) a nivel del policlínico.

De ellos al 92% (23 pacientes) se les ha realizado el examen periódico de salud.

El examen periódico de salud (EPS) le corresponde una vez al año, de esta manera se pueden clasificar en ancianos frágiles o estado de necesidad diferenciando aquellos que tienen riesgo de perder su autonomía, dependencia y postración. Los cuales son valorados por un EMAG integrado por un médico,

una enfermera, un psicólogo, trabajador social y estomatólogo. También se les brinda atención a los ancianos solos y a los combatientes en el área, no contamos con ninguno.

Es de destacar que a los que sí se les realizó el EPS, no se les realizó la totalidad de complementarios debido a la no disponibilidad de reactivos para algunos de ellos en el municipio. Preocupante la tendencia entre los adultos mayores a no aceptar la realización del tacto rectal como parte de su examen físico. Por lo que fueron realizadas actividades de educación para la salud como entrevistas individuales y charlas educativas para concientizarlos sobre este tema.

En la población de estudio no hay ningún adulto mayor con síndrome de inmovilidad (postrado).

Tabla 2: Población según nivel educacional y sexo

Nivel educacional	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria sin terminar	1	3.33	1	2.78	2	3.03
Primaria terminada	1	3.33	2	5.56	3	4.55
Secundaria terminada	13	43.33	12	33.33	25	37.88
Técnico medio terminado	2	6.67	1	2.78	3	4.55
Preuniversitario terminado	9	30	12	33.33	21	31.82
Universidad terminada	4	13.33	6	16.67	10	15.15
Círculo o jardín infantil	0	0	2	5.56	2	3.03
Total	30	100	36	100	66	100

Fuente: formulario Tasa de Alfabetismo: 100 por cada 100 hab.

La tabla muestra un predominio en ambos sexos del nivel secundario terminado, aunque en el sexo femenino también predominó el nivel preuniversitario terminado. Es necesario destacar la presencia de un lactante masculino de 10 meses que aún no le corresponde incorporarse al Sistema Nacional de Educación, y también de un extranjero residente en el país hace años, cuyo nivel de escolaridad no de corresponde con el nuestro, pero que si sabe leer y escribir; los cuales no fueron incluidos en la tabla.

Tabla 3: Labor que realiza la población mayor de 17 años según sexo

Labor que realiza	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%

Estudiantes	2	6.45	2	6.25	4	6.35
Trabajadores	11	35.48	12	37.5	23	36.51
Amas de casa	0	0	13	40.63	13	20.63
Jubilados	6	19.35	3	9.38	9	14.29
Desocupados	9	29.03	0	0	9	14.29
Trabajadores por cuenta propia	3	9.68	2	6.25	5	7.94
Total	31	100	32	100	63	100

Fuente: formulario

En los 68 pacientes en estudio predominan los trabajadores. Aunque cuando vemos el comportamiento de la ocupación por sexo, notamos que en las mujeres predominan las amas de casa por encima de las trabajadoras.

Así, también se observó que el 100% de las familias poseen un buen equipamiento básico.

B. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familia e individual:

Tabla 4: Viviendas según presencia de vectores, factores contaminantes, animales domésticos, de corral y cría.

CRITERIOS	No.	%
Presencia de vectores		
Moscas	28	93.34
Cucarachas	28	93.34
Roedores	13	43.34
<i>Mosquitos (Aedes Aegypti)</i>	28	93.34

Fuente: formulario

N = 30

Es destacable la presencia en casi la totalidad de las casas de las familias mosquitos aedes aegypti, transmisores del dengue, en alta transmisión en la zona, de moscas y cucarachas.

En Cuba, el **Programa de control de vectores** se ha basado en acciones centralizadas fundamentalmente por parte de las instituciones de Salud. Las comunidades, aun colaborando, han sentido poca responsabilidad con el control y los programas de educación sanitaria. La población ha transferido la responsabilidad del control de vectores al sector salud y en general el concepto de

“participación” es interpretado como “colaboración con las autoridades”. Por tanto la participación activa en la promoción y prevención de enfermedades trasmisibles por vectores, se promulga internacionalmente como una de las estrategias principales; donde la comunidad se involucra desde la identificación de los problemas, la explicación, la priorización y la búsqueda de alternativas de solución¹⁷.

Se hace necesario analizar y delinear nuevas pautas para la prevención y control del dengue así como enfatizar en la importancia de las campañas de control integrado del vector para mantener a la población de vectores en niveles aceptables, destacando las actividades de saneamiento ambiental ¹⁷.

Tabla 5: Riesgos relacionados con la conducta del individuo en mayores de 15 años según sexo

Riesgos relacionados con la conducta	Masculino > de 15 años				Femenino > de 15 años				Total			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bebedores abusivos	1	3.23	30	96.77	0	0	32	100	1	1.59	62	98.41
Consume grasas de origen animal	6	19.35	25	80.65	8	25	24	75	14	22.22	49	77.78
Consumo excesivo de sal	17	54.84	14	45.16	20	62.5	12	37.5	37	58.73	26	41.27
Sedentarismo	17	54.84	14	45.16	21	65.63	11	34.37	38	60.32	25	39.68
Uso excesivo de azúcares refinados	8	25.81	23	74.19	12	37.5	20	62.5	20	31.75	43	68.25
Conducta sexual no responsable.	16	51.61	15	48.39	12	37.5	20	62.5	28	44.44	35	55.56
Higiene bucal deficitaria	12	38.71	19	61.29	9	28.13	23	71.87	21	33.33	42	66.67

N = total de masculinos mayores de 15 años = 31

N = Total de femenino mayores de 15 años = 32

N = Total de población mayor de 15 años = 63

Los riesgos relacionados con la conducta del individuo en mayores de 15 años según sexo se puede apreciar en la tabla 15, nótese que el sedentarismo, alto consumo de sal , seguido de la conducta sexual no responsable constituyeron los factores de riesgos predominante . Para su modificación se realizaron actividades de prevención dirigidas al individuo, familias y comunidad, basada en los principales programas de prevención en la APS con énfasis en el Programa del Médico y Enfermera de la familia y en estrecha relación con el equipo básico de salud.

C. Análisis de las acciones de salud realizadas:

Tabla 6: Población según grupo de edades y de dispensarización

Grupos de edades	Población											
	Grupos de dispensarización											
	G- I		G- II		G- III		G-IV		NE		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
< 1 año	0	0	1	4.76	0	0	0	0	0	0	1	1.47
1-4 años	0	0	2	9.52	0	0	0	0	0	0	2	2.94
5-9 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14 años	0	0	1	4.76	1	2.17	0	0	0	0	2	2.94
15-18 años	0	0	0	0	1	2.17	0	0	0	0	1	1.47
19-24 años	0	0	3	14.29	4	8.70	0	0	0	0	7	10.29
25-59 años	0	0	9	42.86	20	43.48	1	100	0	0	30	44.12
60-64 años	0	0	1	4.76	5	10.87	0	0	0	0	6	8.82
65 años y más	0	0	4	19.05	15	32.61	0	0	0	0	19	27.94
Total	0	0	21	100	46	100	1	100	0	0	68	100

Fuente: Historia de Salud Familiar

NE: no evaluados por el EBS

La dispensarización de los integrantes de las 30 familias, muestra como principal resultado, que toda la población mayor de 25 años, se encuentra mayormente en el III Grupo dispensarial, observándose que la población entre 25 y 59 años de edad, representa el 43.48% de la población dispensarizada en este grupo. De igual manera un resultado notorio en la tabla, es que los adultos mayores, se encuentran casi totalmente dispensarizados en el Grupo III, y estos, todos atendidos por enfermedades trazadoras.

En la población de estudio solo se halló una paciente femenina con una discapacidad cognitiva moderada. No se encontró ningún otro tipo de discapacidad, ni transitoria ni permanente.

D. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población:

Tabla 7: Morbilidad por enfermedades transmisibles según sexo

Enfermedades transmisibles	Masculino	Femenino	Total	
	No. de casos	No. de casos	No. de casos	Tasa x 100 hab.
Infección respiratoria aguda (IRA)	4	3	7	10.29
Condilomatosis	2	0	2	2.94
Disentería amebiana	2	0	2	2.94
Clamidiasis	2	1	3	4.41
Sífilis	0	2	2	2.94
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	1	3	4	5.88
Dengue	8	3	11	16.18

Fuente: formulario N = tot masculinos = 32 N = tot féminas = 36 N = Tot población = 68

Durante el estudio se observó una alta tasa de incidencia de dengue, situación que se observa también en la zona del Turey, y en todo el municipio Baracoa, en el que hay altos índices de transmisión de esta enfermedad actualmente. Luego del dengue, las IRA seguidas de las enfermedades diarreicas agudas.

Se indicaron medidas de control, que pueden tomar los pacientes en sus casas para la eliminación del dengue con especial atención al autofocal.

- Chapear patios y jardines
- Nebulizar con insecticidas las áreas enyerbadas.
- Verificar y tratar los criaderos de mosquitos.
- Cambiar el agua de los recipientes.
- Buscar focos de mosquitos.
- Sembrar plantas en tierra y no en macetas.
- Realizar correctamente la eliminación de desechos sólidos.
- Almacenar correctamente los alimentos.
- Limpieza de tanques y cisternas.
- Tratar con abate los depósitos de agua permanentes.
- Fumigar con insecticidas en los hogares.

Tabla 8: Prevalencia de Enfermedades no transmisibles según sexo

ENT	Masculino		Femenino		Total	
	No. de casos	Tasa x 100 hab.	No. de casos	Tasa x 100 hab.	No. de casos	Tasa x 100 hab.
Hipertensión arterial*	10	32.26	15	46.88	25	39.68
Hipercolesterolemia	3	9.36	3	8.33	6	8.82
Diabetes Mellitus	2	6.25	4	11.11	6	8.82
IRC	0	0	1	2.78	1	1.47
Cardiopatía isquémica	0	0	4	11.11	4	5.88
Malnutrición por exceso (Obesidad)	0	0	1	2.78	1	1.47
Conducta suicida	0	0	1	2.78	1	1.47
Tabaquismo	9	28.13	3	8.33	12	17.65
Alcoholismo	1	3.13	0	0	1	1.47
Asma Bronquial	1	3.13	6	16.67	7	10.29

Fuente: formulario N = tot masculinos = 32 N = tot fémimas = 36 N = Tot población = 68

*Prevalencia en mayores de 15 años

La ECNT, o enfermedad trazadora de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial (HTA), de manera general y en ambos sexos por separado. también es de destacar la alta tasa de prevalencia de tabaquismo en el sexo masculino.

Las enfermedades no transmisibles constituyen las primeras causas de muerte en Cuba. Se registra una alta prevalencia y una creciente incidencia de varias de ellas, hecho también común en muchos países, especialmente en aquellos de mayor desarrollo. La atención a estas enfermedades se convierte en un objetivo estratégico de alta prioridad para la salud pública cubana, para lo cual se implementa el **Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles**. En la muestra estudiada se pone de manifiesto este programa mediante la detección de los factores de riesgo, la dispensarización que se realiza y antecedentes familiares.

Relacionado a esto, están también acciones de pesquisa como:

- Realizar la toma de tensión a todos los pacientes mayores de 15 años, casa por casa durante las actividades de terreno.
- Pesquisa de síntomas característicos de la Diabetes Mellitus en población sobre todo mayor de 50 años de edad, dígase: polifagia, polidipsia, prurito, pérdida de peso repentino etc.

En el período de estudio no ocurrió ninguna muerte, en ningún sexo ni en ningún grupo etario.

II. ETAPA II: DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

E. Identificación de problemas de salud sentidos. Determinación de prioridades.

Luego de realizar la identificación de los problemas, se hace necesario priorizar estos. Pues resulta imposible afrontar al mismo tiempo y con igual entrega todos los problemas o exigencias de una comunidad. Esto permite utilizar los recursos con el mayor grado de impacto, tanto en el estado de salud como en el grado de satisfacción de la población. Al aplicar el método de “Ranqueo”, la jerarquización de los problemas identificados en la reunión con los líderes formales e informales recogidos en la pancarta que se confeccionó, quedó como se muestra en la Tabla 31:

Tabla 9: Matriz de priorización de problemas identificados

Problema	Tendencia	Frecuencia	Gravedad	Recursos disp.	Vulnerabilidad	Coherencia	Total
Alta presencia de vectores (mosquitos aedes aegypti), e incidencia de enfermedades transmitidas por estos (Dengue)	20	20	20	16	20	20	116
Presencia de microvertederos	14	16	18	12	18	20	98
Elevado prevalencia de ECNT y estilos de vidas inadecuados	16	8	10	20	16	18	88

Una vez realizado este paso se pudo avanzar hacia la planificación del plan de acción.

F. Elaboración del plan de acción-ejecución:

Acciones del Equipo Básico De Salud (EBS) en la higiene ambiental.

Objetivo	Actividades	Periodicidad	Lugar	Responsable	Participantes	Resultado Esperado
Incrementar la Vigilancia Epidemiológica de algunas enfermedades transmisibles por los vectores	Capacitar a los médicos y enfermeras en el programa de erradicación de Aedes Aegypti	Trimestral	Policlínico	Vice director docente	EBTS	Incrementar la competencia y desempeño profesional
	Coordinar la recogida de desechos sólidos con el carro mecánico	Semanal	Comunidad	Pres. de los C/P, Empresa de Comunales	Trabajadores de Comunales, comunidad	Eliminación periódica de desechos sólidos
	Impartir charlas educativas a la comunidad sobre la vigilancia y lucha antivectorial	Mensual	Comunidad	Pres. de los CDR y MGI	Comunidad	Incrementar el conocimiento de la comunidad sobre la vigilancia y lucha antivectorial
Eliminación permanente de microvertederos en las comunidades	Capacitar a los responsables de los CDR sobre los factores la higiene ambiental	Mensual	Terreno	MGI	Presidentes de los CDR	Elevación del nivel de competencia de los dirigentes de los CDR
	Educación sanitaria a la población del área sobre la importancia de eliminar micro vertederos	Permanente	Comunidad	EBS	Comunidad y organizaciones de masa	Elevar percepción de riesgo en la población en la prevención de enfermedades

Acciones del Equipo Básico De Salud (EBS) en el alto índice de enfermedades crónicas no transmisibles

Objetivo	Actividad	Periodicidad	Lugar	Responsable	Participantes	Resultados
Lograr una disminución de la incidencia y prevalencia de las ECNT	Realizar acciones de salud encaminadas a educar a la población en estilo de vida saludables y factores de riesgo de la ECNT	Permanente	CMF y Hogares	EBS	Promotores EBS Población	Educación de la población sobre la ECNT

Capacitar a los brigadistas sanitarios sobre la ECNT y sus factores de riesgo	Inmediato y Permanente	CMF	MGI	Promotores EBS Población	Elevación del nivel de competencia y desempeño de los brigadistas sanitarios
Crear grupos de pacientes según ECNT que padezcan para fomentar la relación entre ellos	Inmediato	CMF	EBS	EBS Psicólogo del GBT Población	Elevación del nivel de conocimiento de los pacientes sobre su padecimiento y tratamiento
Incrementar propagandas gráficas que hablen sobre las ECNT para colocarlas en lugares públicos de la comunidad	Inmediato	CMF	EBS	EBS Líderes formales e informales Brigadistas sanitarios	Mejoramiento del nivel de información de la población sobre el tema

CONCLUSIONES:

- Se observó una población de perfil regresivo o envejecido, con predominio del sexo femenino y el grupo de edad de 65-69 años factor que también influye en el alto índice de incidencia de ECNT encontrado.
- Se concluye los integrantes de las familias pertenecen mayormente al grupo dispensarial II, padecen de hipertensión arterial, son sedentarios, consumen dietas inadecuadas y presentan índice significativos de vectores y roedores en sus viviendas constituyendo los principales problemas de salud identificados por la población.

RECOMENDACIONES

- Continuar realizando trabajos comunitarios de este corte, y con esta metodología a fin de hacer análisis comparativos del comportamiento de datos e indicadores con años anteriores.
- Estimular la participación comunitaria en la erradicación de los problemas de salud identificados.
- Motivar a la población a cambiar su estilo de vida mediante mensajes educativos, entrevistas, charlas educativas, pancartas, folletos, revistas en consultorios, policlínicos y hospitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeSC. [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017. [Actualizado el 18 de mayo de 2019, consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
2. Acebedo LH. El concepto de familia hoy: Importancia de la familia en la vida de las personas. Internet. Revista de las Ciencias del Espíritu. [Internet]. 2017. [Consultado el 28 de marzo de 2024]; LIII(156): 149-170. Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-familia-en-la-vida-de-las-personas-noticia-668100?ref=rpp> [HYPERLINK "https://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-familia-en-la-vida-de-las-personas-noticia-668100?ref=rpp"](https://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-familia-en-la-vida-de-las-personas-noticia-668100?ref=rpp) [HYPERLINK "https://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-familia-en-la-vida-de-las-personas-noticia-668100?ref=rpp"](https://rpp.pe/lima/actualidad/importancia-de-la-familia-en-la-vida-de-las-personas-noticia-668100?ref=rpp)
3. Imaginario, A. Significado de Familia. [Internet]. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.significados.com/familia/>
4. Burgos JM. ¿Es la familia una institución natural? Cuadernos de Bioética. [Internet]. 2016. [Consultado el 28 de marzo de 2024]; XVI(3): 359-374. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/familia/>
5. Gómez H. Derecho de familia. Temis. S.A. [Internet]. 2020. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://comofuncionaque.com/funciones-de-la-familia/>
6. León HM. Lecciones de Derecho Civil: La familia constitución de la familia. Jurídicas Europa América. [Internet]. 2022. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://importanciade.com/la-familia/>
7. Rosales J. La Importancia de la Familia y de su Función en la Sociedad. [Internet]. 2021. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en:
8. Bradford W, Cavallé C. The Sustainable Demographic Dividend. Institute of Marriage and Family. University of Asia and The Pacific. [Internet]. 2023. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://sustaindemographicdividend.org/>

9. Becker G. Human Capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to Education. The University of Chicago Press. 2019. [Consultado el 28 de marzo de 2024].
10. Amato PR. (2018). Children of divorce in the 2018: An update of the Amato and Keith meta-analysis. Journal of Family Psychology. 2019. [Consultado el 28 de marzo de 2024]; 15(3). Doi: 10.1037 / 0893-3200.15.3.355.
11. Jiménez A, Sanjinez R. Manual de derecho de familia. [Internet]. 2019. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.cubahora.cu/sociedad/familias-cubanas-diversas-y-posibles>
12. Berenguer MC, Pérez A, Dávila M, Sánchez I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN [Internet]. 2018. [Consultado el 28 de marzo de 2024]; 21(1): 61-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
13. Rubén S. (2016). Política social y familia. Población del Istmo. [Internet]. 2019. [Consultado el 28 de marzo de 2024]; (pp. 25-40). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v13n26/rnp050217.pdf> HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v13n26/rnp050217.pdf"13
14. Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. Ciencias Sociales. [Internet]. 2019. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aboutespanol.com/la-importancia-de-la-familia-18498> HYPERLINK "https://www.aboutespanol.com/la-importancia-de-la-familia-18498"18498
15. __. El Turey. EcuRed. [Internet]. 2024. [Actualizado el 10 de abril de 2022, consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.ecured.cu/El_Turey_\(Baracoa\)](https://www.ecured.cu/El_Turey_(Baracoa))
16. Análisis de la Situación de Salud del CMF #6 OBE del Policlínico Fermín Valdés Domínguez. Turey. 2022-2023
17. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, García Núñez RD, Barcos Pina I, Báster Moro JC. Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. 4. ed. T 2. Vol. 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomoi-principales-afecciones-en-los-contextos-familiar-y-social-vol-2-4ta-ed>

18. Álvarez Sintés R, *et. al.* Fundamentos de Medicina General Integral. [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/fundamentos-de-medicina-general-integral>