

**Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila
Facultad de Ciencias Médicas Dr. Jose Assef Yara.**

**Tesis de Investigación para optar por el Título de Especialista de
Primer Grado en Medicina General Integral.**

**Comportamiento de los Determinantes
Sociales de la Salud en las familias del
Consultorio No.11 del Policlínico
Antonio Maceo.**

Autor: Marisley Mederos Cancela.

Residente de 2do Año en Medicina General Integral.



**Ciego de Ávila
2019**

**Policlínico Docente
“Antonio Maceo”
Municipio Ciego de Ávila.**

**Tesis de Investigación para Optar por el Título de Especialista de
Primer Grado en Medicina General Integral.**

Comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud en las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo.

Autor: Marisley Mederos Cancela *

Tutor: Olga Aida Alfonso Pérez * *

* Residente de 2do año en Medicina General Integral

* * Doctora en Ciencias Pedagógicas.

Especialista de 1er y 2do Grado en Medicina General Integral.

Profesora Titular del Dpto. MGI

**Ciego de Ávila
2019**

Pensamiento.

Pensamiento.

*¿Qué puedes hacer para promover
la paz mundial?*

Ve a casa y ama a tu familia“.

Teresa de Calcuta.

Dedicatoria.

Dedicatoria.

A mi familia por la educación que me han brindado y que son la fuerza que me mueve día a día.

Agradecimientos.

Agradecimientos.

A mi familia por todo el apoyo y comprensión durante estos dos años de estudio.

A mi tutora Olga Aida Alfonso Pérez por su ayuda con sus ideas valiosas en la realización de este trabajo.

A todos los profesores que dedicaron gran parte de su tiempo para mí formación como Médico General Integral.

A cada una de las familias que confiaron y dieron su consentimiento de participar en el estudio.

A la Revolución Cubana, que me permitió culminar exitosamente la carrera y realizar estudios de Post - grado en esta especialidad de Medicina General Integral.

A todas aquellas personas que de una forma u otra hicieron posible la terminación de este trabajo.

Resumen.

Resumen.

Se realizó un estudio observacional descriptivo en las familias del Consultorio No. 11 del Policlínico Antonio Maceo del Municipio Ciego de Ávila desde Marzo del 2018 a Marzo del 2019, con el objetivo de describir el comportamiento de los Determinantes Sociales de la salud familiar. El universo estuvo constituido por 469 familias del Consultorio Médico y la muestra por 396 familias. Predominaron las familias nucleares, la etapa de formación, dentro de la crisis normativa, los conflictos de la etapa de formación, además como crisis paranormativa las mixtas así como las familias disfuncionales. Predominó la población de 20 a 59 años, el sexo femenino, el nivel educacional preuniversitario, la procedencia social de obreros, el vínculo laboral riesgoso, la satisfacción con el vínculo laboral y las personas sin vínculo laboral fueron los de mayor por ciento así como la mediana satisfacción con los ingresos económicos. Predominaron los servicios básicos de saneamiento adecuados, las buenas condiciones materiales y de las viviendas, la alimentación inadecuada, la no realización de ejercicios físicos, el sedentarismo, la conducta sexual responsable, sin embargo la conducta social fue riesgosa; la deserción escolar, el alcoholismo, tabaquismo y la violencia intrafamiliar mostraron porcentajes bajos. La participación social fue inadecuada. Las enfermedades no transmisibles más frecuentes identificadas fueron las Cardiovasculares.

Palabras claves: Familia, Salud Familiar, Determinantes Sociales de la Salud.

Indice.

Índice.

Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Marco Teórico.....	7
Material y Método.....	31
Análisis y Discusión de los Resultados.....	46
Conclusiones.....	78
Recomendaciones	
Referencias bibliográficas	
Anexos	

Introducción.

Introducción.

Los Determinantes Sociales de la Salud (DDS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud. Las mismas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países, en lo que respecta a la situación de salud.

Desde la década de los 70 y en años sucesivos se aportaron argumentos sobre la determinación social de la salud en las poblaciones por diversos autores como Lalonde, Blum, Marmot, Frank, Evans, entre otros que con los elementos del campo de salud y modelos epidemiológicos de salud permitieron ampliar los horizontes de las políticas sanitarias y la planificación de intervenciones más allá de los problemas físicos, biológicos y ambientales hacia un reconocimiento del papel de los fenómenos de origen social y psicológico, del comportamiento de los grupos de la sociedad y los servicios de salud.⁽¹⁾

El concepto de los Determinantes Sociales de la Salud se originó hacia la década de los 80 en respuesta a las críticas por la insuficiencia y limitación de las intervenciones en salud, dirigidas hacia los riesgos y problemas de salud individuales. Se plantea que el mejoramiento de la salud requería investigar a las poblaciones a las que pertenecían los individuos, reenfocando los factores de riesgo individuales hacia los patrones sociales que dan la posibilidad a ser saludable.

La evidencia de los DDS impulsaron durante las últimas décadas del siglo XX el Movimiento de Promoción de Salud a través de propuestas internacionales dirigidas desde la OMS, entre ellas la Conferencia de Ottawa y la redacción de la Carta de Ottawa de Promoción de Salud en 1986, que merece destacarse por ser una auténtica partida de nacimiento del movimiento de Promoción de Salud.⁽²⁾

La Estrategia de Salud para Todos en el año 2000, formulada por la OMS en el año 1979 o Programa de Salud 21 (Ministerio de Sanidad y Consumo 1999), se ha establecido en torno a los principios de Promoción de Salud anteriormente expuestos, siendo sus ejes vertebrales la salud como derecho fundamental de todos los seres humanos, la equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes. ⁽²⁾

El tema de los DDS resurge con fuerzas en la comunidad científica a raíz de la 57 Asamblea Mundial de la Salud en la OMS en el 2005 donde se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por el Dr. Lee, quien fuera director general de la OMS, para resumir como las relaciones de empleo, globalización, servicios sanitarios, exclusión social, género, ambiente urbano o el desarrollo infantil, producción producen desigualdades en salud en el mundo entero así como generar recomendaciones políticas para su reducción.

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 Determinantes Sociales de la 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 es un derecho humano de todos los ciudadanos". Esta política se hace realidad a través de 4 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 claves (estilo del individuo, redes sociales y comunitarias, condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales).

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, así como garantiza las condiciones de vida de la población, legaliza los servicios de salud gratuita y la atención especialidad a grupos con riesgo.

La Provincia Ciego de Ávila no ha escapado al fenómeno de subvalorar el papel de la familia y la comunidad en los problemas de salud dado al predominio del paradigma técnico-biológico de la Medicina, en la Facultad de Ciencias Médicas del Municipio Morón existe una Cátedra creada con el objetivo de promover la realización de investigaciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud, donde en respuesta a los objetivos planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dentro de los objetivos de desarrollo del milenio en cuanto a las estrategias de trabajo de la atención primaria de salud, se realizó este estudio para aportar evidencias y ayudar a reorientar las intervenciones y modelos asistenciales que aún tienen un insuficiente enfoque promocional hacia formas más efectivas y con mayor capacidad de respuesta desde el nivel primario.

En esta medida es importante profundizar en el comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud en la atención médica integral a la familia en el Municipio Ciego de Ávila para poder trazar estrategias que favorezcan su fortalecimiento ya que actualmente están influyendo de manera desfavorable ya que la familia cubana actual está atravesando por realidades y desafíos sin precedentes, incluyendo su formación, es reiterativo entre las parejas de jóvenes

la unión consensual y no el matrimonio legalizado; la estabilidad, hoy el promedio de estabilidad de un matrimonio en cualquiera de sus variantes promedia sobre los cinco años; el funcionamiento y bienestar, aparejado al nivel monetario; los constantes cambios y los actuales escenarios sociales. Por tanto considera la autora que es una necesidad emergente profundizar en el estudio de la familia para lograr preservar el núcleo básico de esta relación, pues constituye un espacio primordial para el bienestar y la felicidad.

El Policlínico Antonio Maceo se ha visto marcado por los efectos nocivos de los Determinantes Sociales de la Salud familiar dado por el alto índice de envejecimiento y la baja natalidad, lo cual trae consigo una disminución del potencial de población con capacidad para laborar lo que a su vez impide satisfacer las necesidades materiales, además cuenta con un elevado número de personas sin vínculo laboral.

En el Consultorio No. 11 la población se está viendo afectada por los efectos negativos de los Determinantes Sociales ya que en el área existen cifras importantes de personas con analfabetismo funcional los cuales a pesar de tener grados escolares avanzados vencidos no poseen un elevado nivel de conocimientos, además gran parte de la población no practican ejercicios físicos, presentan hábitos alimentarios inadecuados, y se cuenta con una pobre participación social de la comunidad.

Es criterio de la autora, dada su experiencia práctica en las familias estudiadas por más de dos años el significado esencial de las mismas en los procesos de construcción de la vida humana. Se considera que la familia constituye un espacio de socialización casi exclusiva. Sin embargo los Determinantes Sociales de la Salud, por ejemplo un nivel insuficiente de condiciones económicas acontecidas después de los años noventa, comprometió el bienestar general de estas en determinado momento.

Debido a la influencia de los Determinantes Sociales de la Salud, se hizo necesaria la identificación de estos de forma directa e indirecta en los distintos grupos poblacionales. Es por ello que la investigación que se realizó tiene como premisa la determinación de cuales de estos repercutieron o incidieron de forma desfavorable en los problemas de salud, fundamentalmente en la familiar.

Por tal motivo nos trazamos como problema científico de la presente investigación: ¿Cómo se comportan los Determinantes Sociales de la Salud en el grupo familiar del CMF 11 del Policlínico Antonio Maceo del Municipio Ciego de Ávila?

El aporte social de esta investigación lo constituyen los Determinantes Sociales y su influencia en la salud de la familia cubana, identificando los principales factores que la afectan para posteriormente trazar estrategias que contribuyan a elevar la satisfacción del Sistema Nacional de Salud en Cuba. También permite trazar planes de acción a corto y largo plazo por parte del sistema de salud, realizar una serie de acciones promocionales y preventivas para su mejor control y solución.

Objetivos.

Objetivos.

General:

Describir el comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud familiar en el CMF No.11 del Policlínico Antonio Maceo, del Municipio Ciego de Ávila, desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Específicos:

1. Caracterizar los Determinantes Sociales Estructurales
2. Describir los Determinantes Sociales Intermedios.
3. Identificar la presencia de enfermedades no transmisibles en los miembros de las familias que integraron el estudio.

Marco Teórico.

Marco teórico.

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, las cuales ejercen tal influencia en el organismo humano que logran sobrepasar las barreras defensivas de éste, desequilibrando su funcionamiento y provocando malestares, síntomas y hasta la muerte. ⁽³⁾

Según 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. ⁽²⁾

La CDSS reconoce que la salud es una meta social y una responsabilidad que concierne a toda la sociedad y que cada vez es mayor la evidencia de que es posible mejorar la coordinación y el liderazgo para hacer frente a las dimensiones sociales de la salud en todos los procesos de elaboración de políticas públicas, y que ello redundará en una mejor salud y un mayor acceso a la atención sanitaria. Además afirman que actuando sobre las causas sociales de la mala salud, los gobiernos estarán en buena situación para alcanzar sus objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promoverla en la población, así como crear y sostener sociedades económicamente viables. ⁽⁴⁾

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 en

algunas de las poblaciones más pobres y vulnerables del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud.

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.⁽⁵⁾

La trayectoria del quehacer médico en Cuba se ha ido transformando de una tendencia de pensamiento y acción muy orientada hacia la causalidad biológica, hacia otra más enfocada en el paradigma biosicosocial de la salud, lo que implica una praxis más comprometida con el reconocimiento de los mediadores sociales, culturales, y psicológicos en la protección de la salud, así como el surgimiento, evolución, tratamiento de las enfermedades y los daños, aspecto favorable para la comprensión del marco conceptual de los DSS para la explicación de las desigualdades en salud y las acciones correspondientes.⁽⁶⁾

En Cuba se cuenta con el proyecto de investigadores del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología (Álvarez y Colaboradores, 2010), referido a un modelo que se corresponde con las condiciones sociales del país en la década anterior. Este se sustenta en dos categorías básicas: determinantes médicas y determinantes no médicas. Todos estos modelos debieron estar condicionados por su contexto socio político, los cuales por razones obvias, difieren de la realidad cubana de hoy, tanto sanitaria como sociopolítica.⁽⁷⁾

Los estudios epidemiológicos que se realizan, constituyen un instrumento científico metodológico, útil no solo para facilitar el conocimiento de los problemas de salud de las comunidades, sino también para priorizarlos y solucionarlos. Para desarrollarlos, se centra la atención en la comunidad, y se consideran los tres niveles de acción: el individuo, la población y el ambiente. Este programa tiene en cuenta los cambios y transformaciones necesarios realizados en el sector de la

salud. También se refiere a la promoción como piedra angular de la atención primaria y como elemento imprescindible para disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades funcionalistas de la oligarquía, las cuales consideran que las desigualdades socioeconómicas deben concebirse como una cuestión de estratos sociales. ⁽⁷⁾

Trabajos como el de Berenguer plantean que individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud. Este hecho es conocido como el "gradiente social en salud", el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población, están relacionadas con las desigualdades en el estatus social. ⁽⁸⁾

El Estado Cubano, a través de la Constitución de la República (Capítulo VII, Artículo 50, Ley 41), garantiza la Salud a toda la población, teniendo como premisa que "la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado", y que es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado. ^(9, 10)

En Cuba, el análisis de la determinante estilo de vida, donde se incluyen aspectos económicos, culturales e históricos, con énfasis actual en lo social y en el contexto sociopolítico, es diferente al resto de América Latina. El Sistema de Salud Cubano tiene la característica de ser gratuito, accesible e irrestricto, es decir, que se encuentra al alcance de toda la población.

Es criterio de la autora que el lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y nuestra posibilidad de tener una vida próspera. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria. El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición

social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales. El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención médica, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerían.

Las determinantes y condicionantes del estado de salud, son categorías multicausales, multisectoriales e interdisciplinarias, que abarcan una serie de situaciones afines al proceso histórico y político que vive un país. Los fenómenos de salud son considerados desde una perspectiva poblacional, y resultan de alta complejidad, porque ellos interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes, desde los procesos biológicos, histórico-culturales y las relaciones sociales. ⁽¹¹⁾

Los Determinantes Sociales de la Salud se clasifican en estructurales e intermedios. Los DSS estructurales producen la estratificación social, ellos son los ingresos, la educación, la sexualidad, el género, y la etnicidad. Los DSS denominados intermedios son las condiciones de vida, de trabajo, la disponibilidad alimentaria y las barreras para adoptar estilos de vida saludables, los cuales a través del ciclo de vida, generan vulnerabilidad diferencial. Por encima de los DSS estructurales, aparecen aquellos relacionados con la globalización, el contexto socio político, la cultura, la religión, seguridad social, derechos humanos, relaciones de producción, mercado laboral y sistema educacional. ⁽⁶⁾

El diagrama de los DSS (Fig.1) por Dahlgren y Whitehead está representado a modo de anillos concéntricos donde las personas se sitúan en la base. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud; dichos factores son los más difíciles de intervenir, dado que sus cambios obedecen a procesos biológicos que en ciertos casos no son modificables, como el envejecimiento. El modelo también considera las condiciones de vida y trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales y, por último, las condiciones generales,

socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los anillos y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y salud de los sujetos.⁽⁶⁾

Las divisiones sociales como Determinante Social de la Salud se refieren a las distinciones que se encuentran en la sociedad entre diferentes grupos de personas. Las divisiones persisten en la sociedad porque son reproducidas por las creencias culturales dominantes, la interacción de los individuos y la organización de las instituciones sociales.⁽¹²⁾

La perspectiva de las divisiones sociales resulta de utilidad por dos razones particulares. Por un lado, permite entender el mundo social como un lugar donde no todos somos iguales, ni gozamos de las mismas oportunidades. Por el otro, analiza la sociedad como una construcción en la que ningún arreglo social resulta “natural” y fijo. De acuerdo con las divisiones, las personas pueden estar “mejor” o “peor”. Aquellos que se encuentran en las mejores categorías suelen tener más control sobre sus vidas y contar con más recursos. Pero las personas no pertenecen únicamente a una sola división social. Las divisiones sociales comúnmente se superponen y trabajan en combinaciones específicas que contribuyen a generar más o menos desventaja social.⁽¹³⁾

La pobreza ha sido conceptualizada de varias maneras. En primer lugar, como la falta de ingreso suficiente. Pero la falta de ingreso conlleva a otras carencias, por lo que se asume comúnmente que la pobreza debe de ser entendida tomando también en cuenta sus consecuencias. De este modo, la pobreza podría definirse como incapacidad de participar en la sociedad debido a una falta de recursos suficientes, se trata de un fenómeno totalmente asociado con otras divisiones sociales, de modo tal que la pobreza es producida por esas divisiones, pero a la vez contribuye a reforzarlas. Esta se considera un determinante social de la salud de gran importancia para el desarrollo humano y de la familia en general.

El sexo es también un determinante social de la salud el cual no es más que la condición orgánica que distingue a los machos de las hembras, mientras que el género se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, al establecer normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos. ⁽⁶⁾

El género es una construcción sociocultural que asigna determinados comportamientos a hombres y a mujeres, y que los diferencia en términos de papeles y actividades que desarrollan en la sociedad. Esta diferenciación que establece lo femenino y lo masculino, a la vez va fortaleciendo jerarquías entre unos y otras, es decir, va estableciendo relaciones de poder y situaciones de inequidad entre ellos y ellas. ⁽⁶⁾

Las características no modificables edad, sexo y herencia, lo cual incluye la genética, la infancia temprana y los factores de la cultura se destacan en las conductas de salud, los cuales apuntan a los cambios fisiopatológicos y estos a su vez a la salud por tanto pueden influir de manera negativa o positiva como determinante social de la salud familiar. ⁽¹⁴⁾

En la última década, el análisis del cuadro epidemiológico a nivel mundial evidencia un aumento significativo de las enfermedades relacionadas con el modo y estilo de vida de los niños, adolescentes y adultos jóvenes en edad escolar, lo que afecta los índices de la calidad de vida y merma su desarrollo humano. ⁽¹⁵⁾

La asociación entre salud y educación ha sido bien probada por la capacidad de esta última para definir los niveles de estratificación social. Aquellos grupos poblacionales definidos por su bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja en salud, aunque con diferencias entre países debido a sus especificidades en cuanto a comportamientos saludables o políticas públicas. En la población con menor nivel educativo mostraba peores valores para los indicadores de estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, además de mayores problemas para llevar a cabo las actividades diarias. ⁽¹⁶⁾

La salud sexual también es considerada un determinante de la salud la cual es la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual, y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor. ⁽¹⁷⁾

En el Modelo de la OMS, los sistemas de salud se consideran como un «determinante mediador», porque genera una exposición y vulnerabilidad diferencial. La exposición a riesgos de las personas según sexo, género y orientación sexual, está condicionada por un «control» sobre los recursos de segundo y tercer orden para quienes no responden a los modelos paradigmáticos reconocidos como «norma»; por ejemplo, la invisibilidad de la orientación sexual en la identificación de los problemas de la salud, en la normativa vigente y en la formación académica de los recursos humanos de la salud. ⁽⁴⁾

Considerar la sexualidad como un DSS, permite colocar el tema en las agendas públicas y luchar por convertir el discurso en herramientas prácticas para proponer acciones y estrategias concretas, innovadoras para el reconocimiento en el ámbito de la salud sexual. En esta dirección la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud ha desarrollado un importante ejercicio que tiene como contraparte a la sociedad civil, de la cual la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) es una de sus más activas integrantes; como tal se ha desarrollado una serie de acciones, aunque indiscutiblemente el tema de la sexualidad aún permanece huérfano. En este sentido resulta concluyente combinar el análisis de la sexualidad con las categorías: clase social, territorio, etnia y género. ⁽⁴⁾

El comportamiento personal tiene gran importancia en tanto regulación voluntaria, establecimiento de jerarquías motivacionales, pero es de destacar que no está exento de la influencia de condiciones sociales más profundas, como es la posición social, la capacidad adquisitiva, el tipo de trabajo, etcétera. Por ejemplo la alimentación saludable no depende solo del conocimiento y la voluntad selectiva por el alimento que se consume sino también por la accesibilidad a los costos del mercado. ⁽¹⁸⁾

En gran medida la salud humana depende de la voluntad y la capacidad de una sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y biológico lo que facilita el equilibrio y la integridad de los ecosistemas. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han señalado que la mala calidad del medio ambiente es directamente responsable alrededor del 25% de todas las enfermedades evitables del mundo actual.⁽²⁾

La salud del hombre puede verse afectada por diversos procesos en los que interviene el agua, ya sea por su contaminación o por otros mecanismos capaces de producir la enfermedad. El agua tiene gran importancia desde el punto de vista sanitario ya sea porque transmite al hombre enfermedades cuyo agente causal es de tipo biológico o porque el motivo de la enfermedad puede ser debido a los elementos químicos presentes o deficitarios en las aguas. Por tal motivo es considerada un determinante social de la salud.⁽¹⁹⁾

Los desechos sólidos o “basuras” son todos los residuos putrescibles o no resultante de la actividad doméstica, industriales, comerciales y otras, que se desarrollan en una comunidad. El urbanismo actual exige que en todo núcleo urbano de población se establezca un servicio que se ocupe de la limpieza de las calles, así como de la recolección de basuras, además de poseer un lugar apartado con determinadas características para realizar la disposición final.⁽⁶⁾

Por otra parte vale destacar que la alimentación tiene gran importancia como uno de los determinantes de la salud, es el proceso por el cual se procuran los alimentos necesarios para mantener la vida, son seleccionados según disponibilidades, se preparan según usos y costumbres y se ingieren. Por tanto es un proceso voluntario, educable, y muy influenciado por factores sociales, económicos y culturales entre otros.⁽⁶⁾

A partir del desarrollo de las guías alimentarias para la población cubana a finales del siglo pasado los alimentos se agruparon en siete grupos, lo cual tiene como finalidad: promover la formación de hábitos alimentarios saludables desde la más temprana edad, fomentar una dieta equilibrada y variada, apoyar la labor

educativa a través de las guías alimentarias. Los siete grupos de alimentos son: grupo de cereales y viandas, grupo de vegetales, grupo de frutas, grupo de carnes, aves, pescados, huevos, leguminosas, grupo de lácteos, grupo de grasas, grupo de azúcares. ⁽⁶⁾

En la utilización metabólica de la energía de los alimentos no solo es importante la cantidad que se ingiere, sino también la distribución que de ella se hacen las diferentes comidas. Aunque el número de comidas depende de las costumbres, el estilo de vida y las condiciones de trabajo de cada persona, es conveniente repartir los alimentos en 4-5 comidas diarias, en general se recomienda que se realicen más de 4 comidas por día y que la mayor parte de los alimentos se consuman en las primeras horas del día, es decir se recomienda hacer un buen desayuno y almuerzo. ⁽⁶⁾

El ejercicio físico considerado un determinante de la salud se denomina a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona. Se lleva a cabo por diferentes razones, como el fortalecimiento muscular, mejorar el sistema cardiovascular, desarrollar habilidades atléticas, deporte, pérdida de grasa o mantenimiento, así como actividad recreativa. ⁽²⁰⁾

Como beneficios de la práctica del ejercicio físico se encuentran que mejora la función mental, la autonomía, la memoria, la rapidez, la imagen corporal y la sensación de bienestar, se produce una estabilidad en la personalidad caracterizada por el optimismo, la euforia y la flexibilidad mental. La actividad física aumentada puede otorgar una vida más larga y una mejoría en la salud. El ejercicio ayuda a prevenir las enfermedades del corazón, y muchos otros problemas. Además el ejercicio aumenta la fuerza, aporta más energía y puede ayudar a reducir la ansiedad y tensión. ⁽²¹⁾

Por otra parte el sedentarismo es el estilo de vida más cotidiano que incluye poco ejercicio, suele aumentar el régimen de problemas de salud, especialmente aumento de peso (obesidad) y padecimientos cardiovasculares. Es el estilo de vida en las ciudades modernas, altamente tecnificadas, donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos en donde las personas se dedican más a actividades intelectuales, aumenta la probabilidad de que se presente este hábito es por eso de gran importancia evitar el mismo y sus efectos como determinante social de la salud. ⁽²¹⁾

El fracaso escolar o deserción es el hecho de no lograr el título académico mínimo obligatorio de un sistema educativo. No debe confundirse con el abandono escolar temprano o prematuro, indicador que también incluye a quienes terminan la educación obligatoria con aprovechamiento, pero no siguen estudiando. ⁽²²⁾

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas. El derecho a la vivienda digna se considera uno de los derechos humanos fundamentales. Una vivienda digna y adecuada debe ubicarse en espacios suficientemente salubres y equipados, en barrios urbanos o localidades rurales dotados de servicios, accesibles, con espacios intermedios de relación que permita la comunicación vecinal y social y donde sea posible el desarrollo familiar y personal que las sociedades demandan. ⁽²³⁾

El desempleo, desocupación, en el mercado de trabajo constituye un factor de riesgo fundamental ya que este se considera aquel ciudadano que carece de empleo y, por lo tanto, de salario. Por extensión es la parte de la población que estando en edad, condiciones y disposición de trabajar o sea población activa carece de un puesto de trabajo. ⁽⁶⁾

Por definición, las sociedades humanas son entidades poblacionales. Dentro de la población existe una relación entre los sujetos y el entorno; ambos realizan actividades en común y es esto lo que les otorga una identidad propia. De otro modo, toda sociedad puede ser entendida como una cadena de conocimientos

entre varios ámbitos: económico, político, cultural, deportivo y de entretenimiento.
(23)

Los habitantes, el entorno y los proyectos o prácticas sociales hacen parte de una cultura, pero existen otros aspectos que ayudan a ampliar el concepto de sociedad y el más interesante y que ha logrado que la comunicación se desarrolle constantemente es la nueva era de la información, es decir la tecnología alcanzada en los medios de producción, desde una sociedad primitiva con simple tecnología especializada de cazadores hasta una sociedad moderna con compleja tecnología prácticamente en todas las especialidades. Estos estados de civilización incluirán el estilo de vida y su nivel de calidad que, asimismo, será sencillo y de baja calidad comparativa en la sociedad primitiva, y complejo o sofisticado con calidad comparativamente alta en la sociedad industrial. ⁽⁶⁾

Se considera adicción a una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por una búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas. Esto implica una incapacidad de controlar la conducta, dificultad para la abstinencia permanente, deseo imperioso de consumo, disminución del reconocimiento de los problemas significativos causados por la propia conducta y en las relaciones interpersonales así como una respuesta emocional disfuncional. El resultado es una disminución en la calidad de vida del afectado (generando problemas en su trabajo, en sus actividades académicas, en sus relaciones sociales y/o en sus relaciones familiares o de pareja). ⁽²⁴⁾

Además del consumo de sustancias psicoactivas existen adicciones a procesos como la adicción al sexo, la adicción al juego (ludopatía), la adicción a la pornografía, la adicción a la televisión, al deporte, la adicción a las nuevas tecnologías (tecnofilia), al móvil (nomofobia) y la adicción a Internet. Para muchas personas consumir drogas es una salida fácil pues en ella encuentran un falso refugio que los aparta de la realidad y sin darse cuenta van cayendo en un abismo que muchas ocasiones tiene fatales consecuencias. ⁽²⁴⁾

Si se parte de considerar la violencia como conducta humana, en relación con los determinantes individuales, históricos, culturales y económicos es posible considerar por violencia toda acción u omisión, de origen externo al que la sufre, que viola el derecho al pleno desarrollo y bienestar del individuo o la comunidad, impide el ejercicio de su autonomía, atenta contra su autoestima y puede provocar lesiones o daño físico, psíquico y hasta la muerte. ⁽⁶⁾

La violencia intrafamiliar se considera toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, que viole el derecho al pleno desarrollo y bienestar de otro. La violencia familiar se dirige fundamentalmente hacia las mujeres, niños y los ancianos. Paradójicamente el lugar donde se produce es habitualmente el hogar. ⁽²⁵⁾

Los estilos de vida saludables son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de las personas y grupos de población dirigidos a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida están determinados por la presencia de factores de riesgo o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. ⁽²⁶⁾

Partiendo de esto podemos elaborar una lista de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biosicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de las necesidades y desarrollo humano. ⁽⁶⁾

Entre ellos podemos citar: poseer empleo y seguridad económica; tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad, mantener la autodecisión, la autogestión, y el deseo de aprender, gozar capacidad de autocuidado, estar satisfecho con la vida, promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación, emplear sanamente el tiempo libre y disfrute del ocio, poseer seguridad social y accesibilidad a programas de

bienestar, salud, educación, culturales, y recreativos entre otros, comunicarse y participar en el ámbito familiar y social, brindar afecto y mantener la integración social y familiar, preocuparse por controlar los factores de riesgo como hábito de fumar, obesidad, malos hábitos alimenticios, sedentarismo, estrés, alcoholismo, drogadicción, uso inadecuado de medicamentos, conducta sexual inadecuada, riesgo de accidentes, riesgo preconcepcional, embarazo de riesgo y enfermedades no transmisibles como Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, Asma Bronquial, Diabetes Mellitus, Epilepsia, Enfermedad Cerebrovascular, entre otras.⁽⁶⁾

Han existido diferentes definiciones sobre salud familiar que han contemplado todos aquellos aspectos que están presentes en esta, y a los que se ha llegado por la profundización en el terreno práctico y teórico con la familia. La OMS en 1976 la definió como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia; definición muy acertada al contemplar el funcionamiento familiar, un elemento tan importante para la salud, pero de forma incompleta.⁽³⁾

Existen otras definiciones, como la de Pérez González, quien definió la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar; este último es el que desempeña el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis.⁽²⁷⁾

Louro Bernal I considera que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos modo de vida de la comunidad, de la sociedad.⁽³⁾

Se considera saludable una familia cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente. Esta presupone: integridad biológica y ausencia de síntomas significativos y permanentes; un estilo de vida saludable; sentimientos de bienestar y sana expresión de las necesidades y de los afectos; adaptación social, laboral y escolar de sus miembros; buena comunicación y adecuadas relaciones humanas intra y extrafamiliares; madurez emocional acorde a la edad de cada cual; proyección social y al desarrollo por parte del grupo; capacidad de autonomía e involucración; poder de recuperación y receptividad para la ayuda externa y habilidad para desenvolverse satisfactoriamente en una situación de crisis.⁽²⁸⁾

La familia como grupo sistémico es generadora del proceso salud-enfermedad en cada uno de sus miembros, pues en ella se forman las normas y valores que inciden en el mismo. En ella se desarrollan las condiciones de vida en que se desenvuelve el individuo matizado por la posición que ocupa la familia en la sociedad.⁽²⁹⁾

Esta se considera el grupo humano primario más importante en la vida del hombre, la institución más estable de la historia de la humanidad. El hombre vive en familia, aquella en la que nace y, posteriormente, la que él mismo crea. Es innegable que, cada hombre o mujer, al unirse como pareja, aportan a la familia recién creada su manera de pensar, sus valores y actitudes; transmiten luego a sus hijos los modos de actuar con los objetos, formas de relación con las personas, normas de comportamiento social, que reflejan mucho de lo que ellos mismos en su temprana niñez y durante toda la vida, aprendieron e hicieron suyos en sus respectivas familias, para así crear un ciclo que vuelve a repetirse.⁽³⁾

Desde el triunfo revolucionario se produjeron profundos cambios socioeconómicos que crearon las premisas para la constitución de un nuevo modo de vida familiar, en el cual la incorporación de la mujer al trabajo y a la vida social son eslabones fundamentales, además de las medidas y transformaciones sociales a las cuales

se fue proclamando una nueva moral, que quedó plasmada en el Código de la Familia y en el Código de la Niñez y de la Juventud. ⁽³⁰⁾

La definición del Censo de Población de 1981 de la República de Cuba plantea que la familia es el conjunto de dos o más personas integrante de un mismo núcleo particular, emparentados hasta el cuarto grado de consanguinidad- padres, hijos, nietos, tíos, sobrinos y primos- y segundo grado de afinidad- cónyuge, suegros, nuera, yerno, cuñados e hijos adoptivos. ⁽³⁰⁾

Se puede definir la familia como un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo en razón de vínculos consanguíneos y/o de afinidad y que a los efectos de las normas sociales vigentes deben procurarse ayuda mutua, compartir los recursos, comunicarse entre sí, procurarse el bien propio, así como contribuir al de su comunidad. ⁽⁶⁾

Patricia Arés (2010) define a la familia como “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. ⁽³¹⁾

A opinión de la autora todas las definiciones aportan elementos significativos a la definición de familia y permiten su complementación, por lo que no existen diferencias significativas entre unas y otras; pero la planteada por Patricia Arés, viéndolas de manera individual, es una de las más completas ya que la familia no solo está constituida por lazos consanguíneos sino también de afecto y afinidad entre sus miembros, y sobre todo de un profundo sentido de pertenencia a la misma.

La familia puede ser clasificada según la ontogénesis en nuclear, extensa y ampliada. Se considera nuclear cuando está integrada por una pareja que tenga o no hijos, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores y la adopción y el equivalente de pareja. Dentro de esta se encuentran: pareja sin hijos y pareja sin hijos en el hogar, familia monoparental (integrada por uno de los dos padres y uno

o más hijos), familia biparental (integrada por el padre y la madre y uno o más hijos), familia con padres ausentes (integrada sólo por dos o más hermanos), familia reconstituida (la característica de que uno, o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior, hayan tenido hijos o no) y equivalente de pareja (pareja de homosexuales que se reconoce a sí misma como pareja ante el equipo de salud). ⁽⁶⁾

Extensa es aquella familia que descienda de un mismo tronco independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con o sin descendencia. Dentro de ellas se encuentran: familia integrada por padres con hijo(s) casado(s) sin nieto(s), familia integrada por padres con hijo(s) casado(s) con nieto(s), familia integrada por abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres, familia integrada por dos o más hermanos, siempre que al menos uno tenga pareja. ⁽⁶⁾

Se habla de familia ampliada cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad. ⁽⁶⁾

La familia se ha denominado institución básica de la sociedad, ya que como institución social cumple funciones muy importantes para los seres humanos y también para el desarrollo de la sociedad. Se puede decir que permite el desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano, y asegura con ayuda de otros grupos sociales, la socialización y la educación del niño para su inserción futura en la sociedad. ⁽⁶⁾

A través de sus funciones reproductiva, económica, afectiva y educativa, se transmiten: la experiencia histórica social y valores culturales, enseñanzas, normas, convenciones, actitudes y sentimientos que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje. De ahí que desde la propia historia del surgimiento de la familia, se pueda encontrar la relación estrecha que existe entre esta, la sociedad y la cultura. Por tanto, la familia es, la primera escuela de virtudes

humanas sociales, que todas las sociedades necesitan; ya que por medio de la misma se introduce a las personas en la sociedad. ⁽⁶⁾

La importancia del entorno familiar en la formación de los individuos se puede abordar desde los siguientes aspectos: el medio donde el niño recibe la primera información acerca del mundo, donde se establecen las primeras relaciones afectivas, donde el niño se introduce en un sistema de normas de vida elementales y se establecen las primeras regulaciones a la conducta, donde se establecen los patrones éticos y estéticos elementales. ⁽⁶⁾

El Ciclo Vital Familiar puede definirse como el proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta muerte de ambos miembros de la misma. El Grupo Asesor Metodológico de Estudios de la Familia (GAMEF), reconoce cuatro etapas en el desarrollo evolutivo de una familia. ⁽⁶⁾

La etapa de formación está delimitada por el matrimonio o unión consensual de la pareja como acontecimiento que marca su inicio y el nacimiento del primer hijo como acontecimiento que marca el final de la misma. Es el período en que debe consolidarse la identidad de esta familia. ⁽⁶⁾

Dentro de los posibles conflictos de este momento familiar aparecen la frustración de expectativas respecto a la vida matrimonial, desacuerdos en la proyección futura del proyecto de vida, dependencia excesiva de la familia de origen, lucha de poder entre los cónyuges, disfuncionabilidad sexual, problemas conceptivos y de planificación familiar. ⁽⁶⁾

La etapa de extensión comienza cuando nace el bebé, de diada familiar se pasa a triada, cambia la estructura del grupo y el rol de los que antes eran solo esposos pues deben aprender a serlo compartidamente con el rol de papá y mamá. ⁽⁶⁾

Los posibles conflictos de esta etapa son dificultad en la delimitación de roles y funciones entre los padres, con los hijos y con los abuelos, dificultad en el desempeño de rol de padre / madre con más de un hijo, afrontamiento inadecuado a las regularidades del desarrollo y enfermedades de la infancia, manejo

inadecuado de posibles celos fraternos. Esa es la etapa del desarrollo familiar más extensa en términos de tiempo. ⁽⁶⁾

Etapa de contracción se vive desde el momento en que la familia vive la salida del hogar como acontecimiento para todos, de uno de los descendientes, hasta que uno de los dos padres que dieron origen a la familia, fallece (acontecimiento que marca final de esta etapa). ⁽⁶⁾

Entre los posibles conflictos a enfrentar en esta etapa están el cese de la tutela de al menos un hijo, nuevo rol frente a los hijos, reencuentro de la pareja, nueva comunicación, transformación de metas en la pareja, ajuste a problemas de salud y a la jubilación. Este es un momento muy difícil para los padres porque tienen que reencontrarse como pareja después de haber dedicado tiempo prolongado de sus vidas a ser padres. Se viven además momentos difíciles en la vida de cada miembro de la pareja como es la jubilación y problemas de salud que pueden comenzar a incidir en el rendimiento individual. ⁽⁶⁾

Etapa de disolución familiar el acontecimiento que la inicia es la muerte del primero de los miembros de la pareja que dio origen a la familia. Termina lógicamente con la pérdida del segundo; momento en que esa familia queda disuelta. ⁽⁶⁾

Entre los múltiples conflictos de este momento de la vida familiar encontramos el insuficiente apoyo familiar y social frente a la pérdida, relativos al afrontamiento inadecuado al duelo, transferencia de afectos y necesidades hacia los hijos o nietos. ⁽⁶⁾

Cada una de estas etapas debe su nombre, a la esencia del acontecimiento que vive la familia como un todo, por primera vez, sin embargo no todas las familias transitan por las cuatro etapas. El tránsito de una etapa a otra está determinado por la ocurrencia y vivencia del acontecimiento de vida. Estas etapas se suceden consecutivamente en la familia nuclear con hijos y se yuxtaponen en las familias extensas y ampliadas, la familia nuclear sin hijos no transita por la etapa de extensión. En caso de familias reconstituidas con hijos de matrimonios anteriores, extensa o ampliada se yuxtaponen etapas que se implican mutuamente, por lo que

pueden manifestarse más de una a la vez. La familia que asume adopción transita por el ciclo de vida, aunque no haya descendencia biológica. ⁽⁶⁾

En caso que en la familia no ocurran los acontecimientos normativos que delimitan las etapas del ciclo, se clasifica por los procesos que vive, por ejemplo: La familia constituida por matrimonio sin hijos, transcurrido el período de procreación, pasa de la etapa de Formación a la de Contracción. La familia en cada etapa del ciclo enfrenta un conjunto de tareas y también se le presenta un grupo de problemas y conflictos que le son propios a la etapa dado los procesos normativos que vive. ⁽⁶⁾

Una crisis familiar es la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan que producen desorganización en el seno familiar. Las crisis producen modificaciones en la estructura y el funcionamiento familiar, implican ajustes en los roles y generan nuevos mecanismos de enfrentamiento para incorporar la nueva situación. En los períodos de crisis, se desestabiliza el sistema familiar. ⁽⁶⁾

Las crisis familiares se pueden clasificación en normativas o paranormativas. Se consideran crisis normativas o transitorias las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del Ciclo Vital. Dependen de la transición de etapas y del enfrentamiento a los acontecimientos normativos que le ocurren a toda familia, en su proceso de desarrollo. ⁽⁶⁾

Las crisis paranormativa o no transitorias son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Las crisis derivadas de los acontecimientos accidentales pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo o en ninguna y afectan de manera muy variable, en dependencia de las características y principios de cada familia. Cualquier familia puede atravesar a la vez dos o tres tipos de crisis, las que dependen del ciclo de desarrollo y las que pueden surgir a causa de que ocurra cualquier hecho situacional o accidental. ⁽⁶⁾

Estas últimas se clasifican, según la naturaleza del acontecimiento que las provocan en desmembramiento cuando hay una separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia. (Hospitalización prolongada, abandono, separación conyugal, salida del hogar al extranjero u a otras provincias del país, muerte prematura respecto al ciclo de vida, suicidio). Por incremento: Incorporación de uno o más miembros de la familia. (Regreso al hogar, adopción, convivencia temporal). Desmoralización es aquella crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia. (Conducta antisocial, encarcelamiento, escándalos en la comunidad, entre otras). Cambio económico importante: Tanto en sentido negativo como positivo. (Pérdida de trabajo, deterioro de las condiciones de la vivienda, pérdida de alguna propiedad importante como la casa, una herencia). Problemas de salud (Embarazo no deseado, infertilidad, intento de suicidio, Trastornos Psiquiátricos, accidente, diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida). ⁽⁶⁾

La forma en que la familia maneja las crisis puede fortalecerla o debilitarla. En una familia pueden presentarse simultáneamente crisis transitorias o normativa y no transitorias paranormativa, más de una crisis transitoria y más de una crisis no transitoria. Un mismo acontecimiento puede generar más de una crisis paranormativa. El afrontamiento a las crisis por parte de la familia, incluyendo el tiempo de duración de las mismas, depende de los recursos internos y externos con que cuente la familia. ⁽⁶⁾

El funcionamiento familiar es, por concepto, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime a este un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable, de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo. ⁽³²⁾

El conocimiento del funcionamiento familiar es de vital importancia para el trabajo profesional de la salud. La función de socialización es, en opinión de los psicólogos, una de las funciones más importantes y abarcadoras de la familia,

pero esta se está modificando cualitativamente. Según Patricia Ares Muzio, las investigaciones dan cuenta de que ya no existe una única familia de referencia, sino estructuras de vínculos transitorios y que ante estas nuevas realidades familiares hay que trabajar por un proceso de socialización más enriquecedor y flexible, adecuado a las exigencias de la sociedad actual.⁽³³⁾

Se considera familia funcional aquella que se caracteriza por ser flexible, con límites claros entre sus miembros y demarcaciones nítidas entre los subsistemas de la pareja, de hermanos y de las relaciones padre-hijos. Existe una tolerancia a los cambios y una jerarquía clara de poder, con el liderazgo de los padres sobre los hijos pero con una relación democrática y participativa entre ellos. El desarrollo individual es muy importante como también lo es el funcionamiento total de la familia. Hay libertad de comunicación, puede ser abierta y vulnerable. Se conforma un clima emocional donde los miembros pueden estar cómodos y sentirse seguros. Es fácil una expresión abierta de los sentimientos, el afecto, el humor, la ternura, la calidez, la esperanza y el optimismo. Se adaptan fácilmente a los cambios, a lo largo del nacimiento, el desarrollo y el envejecimiento y sobre todo, a la partida de los hijos.⁽⁶⁾

La Familia Disfuncional es aquella cuya estructura familiar se caracteriza por ser rígida, con normas poco claras y resistentes al cambio. Los límites son indefinidos entre los subsistemas o bien cada miembro es un subsistema en sí mismo, sin conexión con las otras personas del grupo. Existen severos problemas en las pautas educativas o estilos de crianza. La negligencia en el cuidado o la privación afectiva constituyen las pautas disfuncionales más graves en relación con los hijos, también los procesos de la pareja donde se triangulan a los hijos. Además, existe la ausencia de un clima cálido y afectivo ya que predomina la carencia en la expresión de los sentimientos o en su defecto existe una manipulación de las emociones. Son familias que manejan de forma disfuncional los estados de ánimo y los sentimientos. La estructura de poder con frecuencia es poco clara, en la cual no se distinguen ni se explicitan las tareas y roles que cada uno debería desempeñar. En la familia disfuncional se produce una seria dificultad

para el desarrollo de procesos de individualización, la comunicación es indirecta, poco clara y constituye un medio de control. Se dificulta la adaptación a los cambios, a lo largo del crecimiento, desarrollo y envejecimiento. ⁽⁶⁾

Una vida familiar armoniosa es fuente de salud y bienestar y, por el contrario, la existencia de conflictos y tensiones tiene una influencia negativa sobre la salud de los miembros de la misma. Internacionalmente es reconocida la importancia de la familia como determinante de la salud. En la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa, en 1986, en el amplio enfoque dado a la promoción de la salud, se destacó la importancia de la familia y de su participación en las conductas de salud. ⁽³⁴⁾

Otra determinante social de la salud se consideran las enfermedades no transmisibles las cuales son aquellas que una vez diagnosticadas se padecen durante muchos años, llevan a la muerte en un plazo prolongado, necesitan control médico periódico y tratamiento de por vida. Se caracterizan por ser desconocida su causa exacta y tienen origen multifactorial, o sea se desarrollan a partir de la interacción de factores causales muy diversos. Los que favorecen la aparición y desarrollo de estas enfermedades, son los denominados factores de riesgo y se consideran, por tanto, los agentes causales y sobre los que hay que trabajar para mejorar la calidad de vida. ⁽⁶⁾

Estas enfermedades ocupan el 90% entre las primeras causas de mortalidad general y entre estas, el 70% se debe a enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades cerebrovasculares. Hoy también se han identificado los factores de riesgo asociados con las principales causas de muerte en Cuba los cuales son: tabaquismo, obesidad, sedentarismo, consumo nocivo de alcohol y otros que se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud. ⁽⁶⁾

Aun cuando hay factores causales de estas enfermedades que no son fácilmente modificados, como son los de tipo socioeconómicos y otros no modificables como los biológicos, los relacionados con el ambiente, modo y estilo de vida, y los servicios de salud, si pueden transformarse a mediano, corto o largo plazos.

Al ser estos problemas de salud los que ocupan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y el nuestro, indica que la salud se percibe como algo que las personas mismas moldean a lo largo de su vida mediante su conducta, su comportamiento, sus prácticas y la interacción con el medio ambiente, por lo que cualquier esfuerzo por mejorar la calidad de vida debe concretarse en fomentar estilos de vida saludables y patrones de comportamientos con el bienestar integral del ser humano. ⁽⁶⁾

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables en un solo término son el compromiso individual y social. Solo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de bienestar.

Algunos de estos factores ya han sido contemplados en el programa nacional de promoción de salud, el cual mediante la educación sanitaria a la población y el establecimiento de medidas encaminadas a adoptar un estilo de vida más saludable, ha promovido la necesidad de realizar ejercicios físicos y luchar contra el exceso de peso y el mal hábito de fumar.

Contribuir a trabajar para que las personas, familias, grupos, colectivos y comunidades asuman o elijan estilos o condiciones de vida saludables, o modifiquen los comportamientos de riesgo, es más humano y económico que incrementar los servicios de salud para darle tratamiento y rehabilitación una vez que hayan enfermado.

En esto se centra la promoción de salud y calidad de vida, por lo que no se ciñe a los marcos del sector salud, y si se necesita del esfuerzo coordinado con otros sectores y grupos poblacionales.

El conocimiento de las condiciones de vida por parte del médico de la familia lo ubica en una posición privilegiada para realizar estudios de determinantes de la salud. La complejidad de influencias conocidas y otras desconocidas requiere

investigaciones en gran escala, estas investigaciones en gran escala, las cuales pueden ser realizadas por los médicos de la familia en su trabajo diario.

Diversos autores consideran que confiar a los médicos de la familia los estudios sistemáticos de determinantes de la salud tiene una serie de ventajas. Nadie mejor que este especialista conoce el ambiente de la gente y la gente misma. Les acompaña durante muchos años hasta toda la vida, y pueden observar correlaciones entre el estado de salud y las condiciones de vida. ⁽⁶⁾

Material y Método.

Material y Método.

Se realizó una investigación observacional descriptiva, transversal que tuvo como universo al total de las 469 familias del Consultorio Médico No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila, desde Marzo del 2018 hasta Marzo del 2019. La muestra se seleccionó mediante un muestreo probabilístico intencional con una totalidad de 396 familias constituidas por 1336 personas las más cercanas al Consultorio Médico.

Para la concepción teórica de los Determinantes Sociales en la salud familiar, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva a través de búsquedas sistemáticas en la literatura científica impresa en revistas, libros, tesis de especialistas, maestrías y doctorados. Para el análisis de las variables se utilizó la estadística descriptiva.

Criterios de inclusión:

- Familias que aceptaron participar en la investigación previo consentimiento informado
- Que la familia llevara un año de convivencia en esa vivienda.

Criterios de exclusión:

- Hogares unipersonales ya que para este estudio no constituyen una familia.
- Miembros de la familia con patologías psiquiátricas que impidieran la realización del cuestionario.

En el presente estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Variables de significado pronóstico				
Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Descripción	
Clasificación familiar	Cualitativa nominal politómica	Familia Nuclear Familia Extensa Familia Ampliada	Según la ontogénesis. Familia nuclear: Integrada por una pareja que tenga o no hijos, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores y la adopción y el equivalente de pareja. Familia extensa: Familia que descienda de un mismo tronco independientemente del número de generaciones y que esté integrada por	Valor absoluto y porcentaje

			una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con o sin descendencia. Familia ampliada: Cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad.	
Etapa del ciclo vital familiar	Cualitativa ordinal	Formación Extensión Contracción Disolución	Familia nuclear: Integrada por una pareja que tenga o no hijos, o por uno de los miembros de la pareja con su	Valor absoluto y porcentaje

			descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores y la adopción y el equivalente de pareja. Familia extensa: Familia que descienda de un mismo tronco independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con o sin descendencia. Familia ampliada: Cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de	
--	--	--	---	--

			descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad.	
Presencia de crisis normativas	Cualitativa nominal politómica	Conflictos de etapa de formación. Conflictos de etapa de extensión. Conflictos de etapa de contracción Conflictos de etapa de disolución.	Momentos transicionales normativos de desarrollo familiar, llamadas crisis transitorias (matrimonio, nacimiento, entrada en la escuela, salida de hijo del hogar, muerte)	Valor absoluto y porcentaje
Presencia de crisis paranormativas	Cualitativa nominal politómica	Desmembramiento Incremento Desorganización. Mixta	Crisis no relacionadas con las etapas del ciclo familiar. Se evaluarán aquí los procesos que vive la familia relacionados con las	Valor absoluto y porcentaje

			crisis no transitorias, accidentales, de carácter negativo para la familia.	
Funcionabilidad familiar	Cualitativa ordinal	Familia funcional Familia moderadamente funcional. Familia Disfuncional Familia severamente disfuncional.	Según puntaje de prueba FF-SIL. Familia funcional de 57 a 70 puntos Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos Familia disfuncional de 28 a 42 puntos Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos	Valor absoluto y porcentaje
Edad.	Cuantitativa continua	Menos de 1 año 1-9 años 10-19 años 20-59 años 60 años y más	Según fecha de nacimiento (Años cumplidos)	Valor absoluto y medias
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Valor absoluto y porcentaje.
Nivel Educativo	Cualitativa ordinal	Sin instrucción Primaria sin terminar Primaria	Según nivel de escolaridad.	Valor absoluto y porcentaje

		Secundaria terminada Preuniversitario Universitario		
Contexto socio-económico	Cualitativa nominal politómica	Obrero Campesino Intelectual		Valor absoluto y porcentaje
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Con vínculo laboral sin riesgo. Con vínculo laboral con riesgo para la salud. Sin vínculo laboral	Tipo de actividad ocupacional mediante la cual los adultos del hogar obtienen los ingresos. Incluye si no existe ningún tipo de vínculo laboral y si el tipo de trabajo comporta riesgo para la salud	Valor absoluto y porcentaje
Nivel de satisfacción con el vínculo laboral.	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfecho Insatisfecho	Si se encuentra satisfecho con la ocupación que realiza o no.	Valor absoluto y porcentaje
Satisfacción con los Ingresos económicos	Cualitativa ordinal	Satisfechos Medianamente satisfechos Insatisfechos	La expresión que prevalezca acerca de la satisfacción con los ingresos del hogar.	Valor absoluto y porcentaje
Servicios básicos de	Cualitativa nominal	Adecuada Inadecuada	Conjunto de servicios de que dispone el	Valor absoluto y

saneamiento	dicotómica		hogar para la satisfacción de necesidades básicas: agua e instalaciones sanitarias dentro del hogar	porcentaje
Condiciones materiales (Equipamiento doméstico)	Cualitativa ordinal	Adecuado (A), Medianamente adecuado (MA), Inadecuado (IN)	(A) Tienen más que refrigerador, TV o radio y plancha. (MA) Posee al menos refrigerador, TV o radio y plancha. IN: Falta refrigerador y/o TV, radio y plancha.	Valor absoluto y porcentaje
Estado físico de las viviendas.	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	Característica física de la vivienda o parte de ella que constituye el hogar. Incluye el estado constructivo del techo, paredes y piso Buena (sólida, buen mantenimiento) Regular (requiere reparación) Mala (vivienda insegura)	Valor absoluto y porcentaje
Alimentación	Cualitativa nominal	Adecuada Inadecuada	Adecuados: Cuando en su dieta	Valor absoluto y

	dicotómica		alimentaria incluyen más de tres veces por semana el consumo de leche entera, queso, crema o natilla, pescado, pollo, arroz, aceite vegetal, ensaladas, vegetales o verduras, frutas, huevo, frijol, lentejas, garbanzos, chícharos. Inadecuados: Cuando en su dieta alimentaria incluyen más de tres veces por semana el consumo de postres, dulces, repostería, pizza, espaguetis, pan, galletas, bebidas gaseosas o refrescos comerciales, carne roja, carne de cerdo, piel de pollo, embutidos, vísceras, manteca. Realización de una dieta equilibrada según edad.	porcentaje
--	------------	--	---	------------

Ejercicios físicos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Sí: Cuando uno o varios miembros del hogar realizan ejercicios físicos enérgicos, ejercicios mínimos o actividades equivalentes No: Cuando uno o varios miembros del hogar no realizan ejercicios físicos por falta de interés, por falta de tiempo, por falta de espacio o por otras causas. Según referencia del entrevistado.	Valor absoluto y porcentaje
Sedentarismo	Cualitativa nominal dicotómica	Presente Ausente	Según referencia del entrevistado.	Valor absoluto y porcentaje
Conducta sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Responsable Irresponsable	Según referencia del entrevistado, será responsable si todos los miembros de si familia utilizan condón, no son promiscuos y utilizan métodos	Valor absoluto y porcentaje

			anticonceptivos efectivos.	
Conducta social de riesgo (marginalidad).	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Serías limitaciones económicas como desempleo, falta de vivienda, miseria, hambruna, falta de acceso a los cuidados de salud.	Valor absoluto y porcentaje
Deserción escolar	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si existe deserción en la edad escolar.	Valor absoluto y porcentaje
Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según referencia del entrevistado y si al menos un miembro de la familia manifiesta que consume 3 o más veces a la semana el equivalente a $\frac{1}{4}$ de botella de ron, vodka, etc, o una botella de vino o cinco medias botellas de cerveza (1750ml) por día de consumo, lo que representa 90-100gr de alcohol en 24horas o 12 estados de embriaguez en un	Valor absoluto y porcentaje

			año.	
Consumo de Tabaco	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según referencia del entrevistado y si al menos un miembro de la familia consume un cigarrillo al día.	Valor absoluto y porcentaje
Participación social	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	Adecuado: si las personas intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas. Inadecuada: si las personas no intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas.	Valor absoluto y porcentaje
Violencia	Cualitativa nominal politómica	Ausente Física Psicológica Sexual	Percepción individual de que exista en cualquiera de sus variantes psicológica, física, sexual en las familias.	Valor absoluto y porcentaje

Presencia de enfermedades no transmisibles.	Cualitativa nominal politómica	Enfermedades cardiovasculares. Enfermedades respiratorias Cáncer Enfermedades del aparato digestivo. Enfermedades renales. Enfermedades del SOMA Enfermedades cerebrovasculares Enfermedades endocrino-metabólicas.	Según la presencia de enfermedad crónica no transmisible en algún miembro de la familia.	Valor absoluto y porcentaje

Consideraciones Éticas:

El consentimiento informado es un proceder de obligado cumplimiento, que de acuerdo con los principios éticos del respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia y la justicia, se les explicó detalladamente a las familias a investigar los objetivos del estudio y la necesidad de su participación colaborando, seguido de la aplicación del Consentimiento Informado (Anexo 1)

Se le aplicaron los instrumentos evaluativos al responsable de cada núcleo familiar que no coincidirá con el jefe de núcleo designado en la libreta de abastecimiento, sino con el adulto que más tiempo se encuentre en la cotidianidad de la vivienda. Se realizaron a cada familia tres visitas como mínimo para la aplicación de los instrumentos evaluativos y para la triangulación y veracidad de la información

referida. Firmando los mismos este documento para así oficializar legalmente su disposición a participar y colaborar con la investigación.

Se garantizó la confidencialidad de la información manejada en la entrevista así como la no transgresión a la ética de la familia y respeto a sus ideas, creencias, prácticas, límites y perspectivas de cambio que posee. Procurar no emitir juicios valorativos que dañen la autoestima de sus miembros.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Nivel Empírico:

Los primeros 8 meses se caracterizaron los miembros de cada familia así como se obtuvo toda la información necesaria a través de los métodos empíricos siguientes: observación, entrevista semiestructurada (Anexo 2), Historia de salud Familiar (modelo validado por el MINSAP) con la Planilla de recolección de datos de historia de salud familiar (Anexo 3), Guía de observación y encuesta (realizada por el Departamento de MGI y Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila) con el objetivo de describir algunos determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud (4) y prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL (Anexo 5), validada por el grupo asesor del MINSAP y encuesta.

La entrevista semiestructurada se realiza en el marco y con los requisitos de la entrevista familiar.

Se asume la importancia de este proceso según la Dra. Alfonso Pérez O.⁽³⁵⁾ considerando que la entrevista familiar es una valiosa fuente de información acerca de la dinámica y la organización familiar que iguala o sobrepasa el valor del examen físico o las pruebas de laboratorio como procedimiento diagnóstico y en aquellas ocasiones en las que esta técnica tiene lugar en el propio hogar del paciente, la comprensión de la familia se acrecienta notablemente.

Nivel Teórico:

Histórico-lógico: En la elaboración de la fundamentación teórica de la investigación, para describir la evolución del problema hasta la actualidad, así como para facilitar las reflexiones acerca de los resultados de otras investigaciones que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.

Analítico sintético: Para llegar a la esencia del problema, contribuyendo así a elaborar conclusiones etiológicas de acuerdo a los datos aportados por los métodos empíricos.

Inducción-deducción: A partir de un análisis específico se realizó una generalización del procesamiento teórico que sustenta la defensa de lo planteado en la presente investigación.

Nivel Matemático estadístico:

Estadística descriptiva: Se utilizó para el análisis matemático las frecuencias absolutas (#) y relativas (%).

Procesamiento estadístico

De procesamiento y análisis:

Para el procesamiento de la información se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información. Para la descripción de las variables se utilizó frecuencias absolutas (#) y relativas (%)

De discusión y síntesis:

Se presentaron los resultados en tablas simples y de contingencias.

Análisis y Discusión.

Análisis y Discusión de los resultados.

Tabla 1. Distribución según clasificación familiar por la ontogénesis de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Clasificación familiar según la ontogénesis	No.	%
Nuclear	247	62,4
Extensa	106	26,8
Ampliada	43	10,8
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar, encuesta y observación.

Al clasificar a las familias según su ontogénesis en la Tabla 1 sobresalen las familias nucleares con un 62,4%, similar a resultados reportados por Quintana Díaz G.M. ⁽³⁶⁾, donde predominaron las familias nucleares para un 57% y por Mareelén Díaz Tenorio ⁽³⁷⁾, en su investigación donde plantea un 68,4% para las familias nucleares, estos estudios difieren a los realizados por Curbelo Nuñez ⁽³⁰⁾, donde predominaron familias extensas con un 51%.

La autora considera que el hecho de que en otros estudios predominen las familias extensas pueda deberse a que, en su mayoría, el reflejo de la situación económica que se vive en nuestro país, matizada por la escasez de espacio habitacional, que obliga a una situación de convivencia múltiple en ocasiones, exigiendo mayores esfuerzos por parte de todos los miembros del hogar para respetar espacios, establecer los límites adecuados, resolver y encarar los conflictos de manera constructiva.

Una de las características básicas de la composición familiar cubana contemporánea radica en su gran diversidad, pues junto a las formas tipológicas más tradicionales, representadas sobre todo por familias nucleares integradas por la pareja y sus hijos, han ido tomando fuerza otros tipos de arreglos familiares.

La familia como Determinante Social de la Salud se ha visto afectada ya que están apareciendo unidades familiares más pequeñas con una fase pospaternal más larga. En los países en vías de desarrollo, la tasa de hijos que sobreviven en una familia ha ido aumentando con rapidez a medida que se han ido controlando las enfermedades infecciosas, el hambre y otras causas de mortalidad infantil. La reducción de esta tasa de mortalidad infantil y el consiguiente crecimiento de la población presentan en estos países un grave problema de recursos para que las familias puedan mantener económicamente a tantos hijos.

Recientes estudios de los Determinantes Sociales de la Salud y la familia cubana han documentado las transformaciones demográficas ocurridas desde la pasada década de los noventa que afectan la composición y dinámica familiar: la diversificación de la tipología familiar, la disminución de los niveles de fecundidad y del número de hijos disminución del tamaño promedio de la familia, su envejecimiento, el aumento de las uniones consensuales, el incremento de la tasa de divorcio y la maternidad precoz, incremento del papel de la mujer, dignificación de las relaciones, ruptura de mitos familiares opresivos de género y de pareja, amparo social así como amplias redes de apoyo social formal e informal,. Un 17.3% del total de familias nucleares cubanas, son monoparentales y de ellas el 84% la componen madres solas con hijos solteros, la mayoría de ellas divorciadas o separadas. ⁽⁶⁾

También aumentaron los hogares unipersonales de los cuales un tercio son personas mayores de 60 años. Se afirma que los niveles de fecundidad, mortalidad infantil y esperanza de vida, sitúan a Cuba junto al grupo de países más desarrollados, sin embargo presenta aún algunos indicadores que expresan desarticulaciones, como son la nupcialidad temprana donde Cuba es el país de América Latina con menor edad promedio (18.4%) para contraer matrimonio. La fecundidad precoz alcanza índices por encima del 20% en mujeres hasta los 20 años debido al inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y su asunción no responsable. ⁽³⁰⁾

Tabla 2. Distribución según etapa del ciclo vital familiar de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Etapa del ciclo vital familiar.	No.	%
Formación	215	54,3
Extensión	112	28,3
Contracción	59	14,9
Disolución	10	2,5
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar, encuesta y observación.

En el presente estudio la Tabla 2 muestra que predominaron las familias que se encontraban en la etapa de formación con un 54,3%, seguida por la etapa de extensión 28,3%. Coincidiendo esto con estudios realizados por Quintana Díaz G.M.⁽³⁶⁾, donde la etapa de formación fue la que mostro cifras más importante, sin embargo difiere de la investigación realizada por Lisandra Curbelo Nuñez⁽³⁰⁾, donde predominaron familias en la etapa de extensión.

Los estudios sobre la familia en Cuba muestran que esta continúa siendo un valor importante para la sociedad. Estos permiten aseverar que potenciarla como grupo humano, desde políticas sociales coherentes, y atender a su jerarquía de valores, es una vía para el mejoramiento de la salud familiar y, por lo tanto, de la sociedad.

La autora considera que la familia como Determinante Social de la Salud se ha visto afectada de manera negativa ya que no todas las familias están transitando por las cuatro etapas. Pues hay gran número de familias nucleares sin hijos las cuales no transitan por la etapa de extensión, otras familias reconstituidas con hijos de matrimonios anteriores, extensa o ampliada se yuxtaponen etapas que se implican mutuamente, por lo que pueden manifestarse más de una a la vez.

Tabla 3. Distribución según presencia de crisis normativas y paranormativas de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Crisis normativas	No.	%
Conflictos de etapa de formación.	208	53
Conflictos de etapa de extensión.	109	28
Conflictos de etapa de contracción	67	16
Conflictos de etapa de disolución.	8	2
Ninguna	4	1
Total	396	100
Crisis paranormativas	No.	%
Desmembramiento	9	2,3
Incremento	69	17,4
Desorganización.	108	27,2
Mixta	135	34,1
Ninguna	75	19
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar, encuesta y observación.

En la Tabla 3 se evidencia que el 53% de las familias presentaban conflictos en la etapa de formación seguidas por las de la etapa de extensión con el 28%, se encontró que el 34,1% atravesaban crisis paranormativas mixta seguidas por las crisis por desorganización con un 27,2%.

En Ciego de Ávila, tanto a nivel provincial como municipal, esta situación se comporta de manera similar. Recientes estudios apuntan que en el 56.3% de los hogares avileños existe el predominio de conflictos familiares, además se acrecienta día a día el número de familias víctimas de violencia, predominan las dificultades en la comunicación y en el cuidado de los hijos, así como la

disfuncionabilidad familiar como consecuencia de las particularidades presentes en la familia cubana actual.

Estudios realizados en nuestra provincia por Quintana Díaz ⁽³⁶⁾ y Curbelo Nuñez ⁽³⁰⁾ mostraron resultados similares a los revelados en esta investigación predominando los conflictos en la etapa de formación y las crisis paranormativas mixtas. Es criterio de la autora que en los períodos de crisis, se desestabiliza el sistema familiar.

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 o grupal.

La autora es del criterio que la familia cubana en el plano de los Determinantes Sociales de la Salud, 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 sociales. Algunos de los indicadores que Cuba comparte con países desarrollados son el divorcio, la reducción del número promedio de hijos, la elevación de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil y el incremento de la tercera edad.

La autora considera que el tema de los valores familiares y de la familia como valor, adquiere especial relevancia en la realidad cubana actual. Mucho se habla de la crisis de la familia, de la crisis de los valores o incluso de la crisis de valores familiares; sin embargo, se hace necesario efectuar algunas distinciones al respecto. Se vuelve preocupación para los padres, educadores, funcionarios, líderes y científicos sociales, la presencia de determinados comportamientos

indeseables y algunos indicadores de cambio que sugieren prácticas deformadas en la familia y en otras instancias educativas, en las que evidentemente se observan fallas o insuficiencias en su función socializadora.

Tabla 4. Distribución según funcionabilidad familiar de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Funcionabilidad familiar.	No.	%
Familia funcional	76	19,1
Familia moderadamente funcional.	126	31,8
Familia Disfuncional	189	47,7
Familia severamente disfuncional	5	1,3
Total	396	100

Fuente: Prueba FF-SIL

En la Tabla 4 la funcionabilidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse de forma interna, sin embargo al realizar el puntaje final de los resultados de la prueba FF-SIL revelaron que un 47,7% de las familias eran disfuncionales.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Lisandra Curbelo Nuñez ⁽³⁰⁾, donde predominaron familias disfuncionales, Quintana Díaz ⁽³⁶⁾ también reportó en su estudio un predominio de las mismas. Coinciden además con lo reportado por Isabel Louro Bernal en una caracterización sociodemográfica de 154 familias de Ciudad de La Habana que fueron diagnosticadas como disfuncionales asociadas fundamentalmente a condiciones materiales limitadas, a una estructura multigeneracional y a riñas multigeneracionales lo que habla a favor de la falta de cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad de sus integrantes. Las familias moderadamente funcionales también constituyen riesgos de disfuncionabilidad según criterio de Louro Bernal. ⁽³⁸⁾

Esto en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud a criterio de la autora indica que en las familias se ha perdido o deformado su función básica como principal agente de socialización, como primera institución de la sociedad, esto se debe a las dificultades que existen en el seno familiar matizadas por incoherencias en la comunicación, por desajustes en la ejecución de normas y roles asignados a cada miembro, por la poca expresión de gestos afectuosos que atentan contra la armonía y bienestar de la familia, ignorados por esta, como acontecimientos que van en detrimento de la salud familiar.

Otro problema que afecta el funcionamiento familiar y la salud de la familia es el hecho de que las tareas domésticas consumen gran parte del tiempo que las madres pudieran dedicar a la realización de otras actividades. Las tareas del hogar y la educación de los hijos no son compartidas en igual medida por todo miembro de la familia, frecuentemente el peso fundamental recae en la mujer.

La vida familiar en Cuba está marcada por problemas habitacionales, bajas entradas en el presupuesto de las familias, dificultades con los recursos y servicios, pero también por la seguridad social y de salud, la educación gratuita garantizada en todos los niveles de enseñanza, la cultura y el deporte para todos.

Los conflictos en la familia son generados por la pobreza, pero estos no incluyen el miedo al desamparo social; la escasa marginalidad no tiene causas comunes con las de otros países pobres ni ricos; la violencia social es algo extravagante y los padres no tienen que preocuparse de que les roben a sus hijos, y estos no duermen en las calles y les está prohibido trabajar, por lo que la explotación de la niñez es algo muy alejado de la vida cotidiana en Cuba.

La autora considera que nuestra población en la provincia Ciego de Ávila no está exenta de las consecuencias de la crisis económica que hoy afecta al planeta y que condicionan situaciones difíciles que ponen a prueba la capacidad de resistencia de la familia para sobrevivir en su unidad como célula básica de la sociedad, la no existencia de un centro o lugar que rectore la atención a la familia, hace que esta situación de disfuncionabilidad no sea temporal y por ende no se

logren reconsiderar los estilos de vida, sobre todo de aquellos que tienen como propósito la idea de la sanidad como norma de vida .

En la disfunción familiar se rompe el equilibrio, las necesidades no pueden satisfacerse de la forma en que se acostumbraba antes y con ellos los esquemas de referencia se vuelven imperantes ante la presencia de situaciones nuevas. Por lo que simultáneamente existen dos procesos de ruptura: de una parte entre las necesidades y los medios de satisfacción socialmente disponible y de otra, entre la experiencia y las representaciones, ideas, creencias que atestiguan esa experiencia. Todo esto tiene un impacto en la salud familiar que se exterioriza en ansiedad, inseguridad, frustración, conductas violentas, antisociales, evasivas, que tipifican los estilos de afrontamiento y los métodos educativos inadecuados por inconsistencia.

Las presiones de la vida cotidiana, las condiciones de vida difíciles, se convierten en factores que influyen en el desarrollo de métodos de educación inadecuados en los que se tiende a valorizar la tenencia de bienes materiales y se rompe con las referencias de valores morales trascendentales que van más allá del día a día, del presente y poner al descubierto futuros problemas a enfrentar por la familia como el abandono a los adultos mayores, la falta de compromiso con la formación y manutención de los distintos miembros, el cambio frecuente de pareja, la violencia intrafamiliar, la disminución de la tasa de fecundidad, por solo citar algunos.

Estas familias disfuncionales presentaron inadecuadas formas de comunicación entre ellas, así como falta de cohesión familiar. También se detectaron que un número importante de estas familias fueron diagnosticadas como severamente disfuncionales y rehusaron la orientación médica especializada, manifestando que “su única posibilidad de tratamiento sería la separación definitiva de todos sus miembros”.

Tabla 5. Distribución según edad y sexo de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Menor de 1 año	11	0,8	5	0,4	16	1,2
1-9 años	73	5,5	41	3,1	114	8,6
10-19 años	85	6,4	78	5,8	163	12,2
20-59 años	334	25	448	33,4	782	58,4
60 años y más	123	9,2	138	10,4	261	19,6
Total	626	46,9	710	53,1	1336	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y Ficha familiar.

En el análisis de la población por sexo atendiendo a los grupos de edades (Tabla 5), la frecuencia absoluta de mujeres es superior a la de hombres, estos resultados coinciden al resto de las regiones del país, debido a que la mortalidad masculina es mayor que la femenina desde el inicio de la vida y con mayor frecuencia en las edades más avanzadas.

En relación a la edad la dinámica demográfica también tiene comportamiento similares al resto de las provincias, el mayor porcentaje lo aportan las edades entre 20 a 59 años seguidos por los de 60 y más (19,6%), como una expresión importante del proceso de envejecimiento, que se asocia con la transición demográfica de una baja fecundidad, natalidad y mortalidad lo que es considerado como una pirámide invertida.

Cuando se realiza una interpretación a partir de los Determinantes se puede inferir que disminuirá el potencial de población con capacidad para el empleo además demandará de servicios de Geriátrica, hoy en Ciego de Ávila una de las especialidades en déficit.

Hombres y mujeres tienen diferentes problemas de salud no solo por pertenecer biológicamente a sexos distintos, sino también por vivir en sociedades que

interpretan sexos distintos. La ventaja de supervivencia que exhiben las mujeres no corresponde necesariamente con una mejor salud.

La condición social de las mujeres se ha ido transformando poco a poco en el mundo; hoy son muchos los que se preguntan porque si las mujeres tienen iguales condiciones para enfrentar el desarrollo tecnológico y el trabajo científico, y no hay actividad que no pueda cumplirse con igual eficiencia para hombres y mujeres, sin embargo persiste el machismo en el siglo XXI, con una discriminación que no tiene ningún sustento y sobre todo por estar demostrado, la discriminación de género profundiza la pobreza y limita las oportunidades para un 50% de la población mundial.

No son pocos los países del Tercer Mundo donde las mujeres tiene condiciones de vida más bajas que los hombres; carecen de derechos políticos y civiles; tienen problemas con el acceso a la educación, salud y trabajo; están sometidas a la violencia y prostitución como única forma de sustento, y ocupan, además, espacios sociales asignados. Esta categóricamente no es la situación de la mujer cubana.

La mitad de las mujeres se dedican a las labores del hogar, es decir, se reconocen como “amas de casa”, encargadas de la limpieza de sus casas, la cocina, el cuidado de hijos y atención de los cónyuges. El rol de amas de casa, socialmente asignado al grupo femenino, también es un obstáculo en la medida en que las mujeres están destinadas para el cuidado de los “demás” y sus necesidades. Esto hace que la búsqueda efectiva de atención a la salud se relegue a un segundo plano, ya que existen las prioridades del hogar, la crianza de los hijos, la atención a los compañeros y demás miembros de la familia.

Tabla 6. Distribución según nivel educacional de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Nivel Educacional	No	%
Sin instrucción	76	5,6
Primaria sin terminar	58	4,6
Primaria	15	1,2
Secundaria terminada	384	30,5
Pre-universitario	444	35,2
Universitario	354	28,1
Total	1336	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y Ficha familiar.

Como se puede observar en la Tabla 6 predominó el nivel educacional pre-universitario con un 35,2% seguido de los de secundaria terminada con un 30,5% mientras que un 11,4% se encontraban los que no tenían instrucción, primaria sin terminar y primaria terminada. Estudios similares se encuentra el de Guevara Fernández GE. ⁽²²⁾, donde se evidenciaba que predominaba el nivel de secundaria terminada seguido por los del nivel pre-universitario.

La deserción escolar no fue significativa en nuestra población ya que el 88,4% lograron terminar sus estudios o se encuentran cursando los mismos mientras que solo un 11,6% los abandonó, esto se corresponde con estudio realizado por Chaparro Caso López AA. ⁽³⁹⁾ donde no predominó la deserción escolar.

En relación a la escolaridad la dinámica demográfica también tienen comportamiento similar al resto de las provincias, el mayor porcentaje lo aportan el nivel educacional pre-universitario como una expresión importante del esfuerzo del país en que la población logre alcanzar elevadas cifras de analfabetismo.

Sin embargo en el área existen cifras importantes de personas con analfabetismo funcional los cuales a pesar de tener grados escolares avanzados vencidos no

poseen un elevado nivel de conocimientos. Estos resultados coinciden con algunas regiones del país, sobre todo en zonas rurales.

La asociación entre salud y educación ha sido bien probada por la capacidad de esta última para definir los niveles de estratificación social. Aquellos grupos poblacionales definidos por su bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja en salud, aunque con diferencias entre países debido a sus especificidades en cuanto a comportamientos saludables o políticas públicas. En la población con menor nivel educativo mostraba peores valores para los indicadores de estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, además de mayores problemas para llevar a cabo las actividades diarias.

La autora considera que la educación contribuye a la elección de estilos de vida saludables, sin embargo, valdría la pena interrogarse sobre los modelos que se siguen transmitiendo sobre todo en los niveles básicos, que al parecer pocas veces incluyen la categoría de género como un elemento central en la transmisión de conocimientos.

En Cuba se prioriza la atención a las escuelas y círculos infantiles con el objetivo de prevenir los efectos negativos que puedan ser ocasionados por el ambiente escolar, teniendo en cuenta que la salud de los estudiantes puede modificarse por la influencia de determinados factores de riesgo durante el proceso de enseñanza-aprendizaje pero a su vez, el éxito en los estudios dependerá en gran medida del estado de bienestar físico, psíquico y social que poseen los alumnos.

Las causas del fracaso escolar las podemos agrupar en tres tipos: las que tienen que ver con el propio estudiante, con el sistema educativo o con factores socioeconómicos ajenos al sistema educativo. Entre los motivos relacionados con los estudiantes contamos con los que puedan ser sus necesidades especiales, que les dificultan seguir ciertas materias, y los que tienen que ver con su motivación. En cuanto a los factores relacionados con el profesor, están su capacidad para atender a la diversidad o los métodos didácticos que emplean. En cuanto a los centros, cabe destacar la importancia del clima escolar, así como la autonomía para gestionarse. Los rasgos del sistema educativo, como financiación,

educación más o menos comprensiva, carrera docente, horarios, etcétera, también se consideran características relevantes para explicar el fracaso escolar.

En cuanto a los factores extraescolares, cabe destacar la familia y el mercado de trabajo. La familia influye al menos de dos formas; por un lado, criando al niño en un medio cultural similar al del sistema educativo. Por otro lado, con su preocupación y supervisión sobre el trabajo escolar de sus hijos. El mercado de trabajo puede influir en la medida que hace más atractivo para los jóvenes no esforzarse en terminar sus estudios, pues saben que podrán encontrar un trabajo sin necesidad de título.

Tabla 7. Distribución según el contexto socioeconómico y cultural, la dedicación ocupacional y la satisfacción con el vínculo laboral de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Determinantes Estructurales.	Personas	
Contexto socio-económico	No.	%
Obrero	724	54,2
Campesino	164	12,3
Intelectual	448	33,5
Total	1336	100
Ocupación	No.	%
Con vínculo laboral	682	60
Sin vínculo laboral	454	40
Con vínculo laboral riesgoso	399	58,5
Total	1136	100
Satisfacción con el vínculo laboral	No.	%
Satisfecho	399	58,5
Insatisfecho	283	41,5
Total	682	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y observación.

Se puede constatar que en la Tabla 7 predominó la ocupación de obreros con un 54,2% seguido por los intelectuales con un 33,5%, así como también predominó el vínculo laboral con riesgo con un 58,5%, además se encontró una cifra importante de individuos sin vínculo laboral con un 40%, constituyendo esto un importante factor de riesgo social para la salud familiar e individual.

Esto se corresponde con estudios realizados por Quintana Díaz G.M. ⁽³⁶⁾, donde predominaron los obreros, el vínculo laboral en la edad adulta laboral, y además existieron individuos con vínculo laboral de riesgo para la salud y un importante porcentaje sin vínculo laboral.

Es criterio de la autora al realizar un análisis de los Determinantes Sociales de la Salud que los factores sociales asociados al trabajo pudieran situar a estas personas en situaciones de vulnerabilidad psicosocial incidiendo a su vez en el estado de salud y en la predisposición a ciertas enfermedades, además el no tener vínculo laboral impide satisfacer necesidades materiales, lo que afecta su bienestar.

A pesar de que la mayoría de las personas que tenían vínculo laboral estaban satisfechas con este, un número importante no lo percibían así dedicándose a otras labores no reconocidas legalmente. A juicio de la autora de esta investigación existe una cifra importante de jubilados lo que incide en que algunas familias pudieran tener afectadas la satisfacción con los ingresos económicos, sin embargo tienen el apoyo de otros miembros de la familia que los visitan los fines de semanas en algunos casos.

Los trabajadores forman un grupo muy importante de la población y su salud es esencial para lograr una vida económicamente productiva. El mismo se desenvuelve como integrante de la comunidad y se expone a los factores de riesgo del ambiente ocupacional y social.

En Cuba, se garantiza la atención al trabajador, el objetivo fundamental de esta atención es la protección de la salud de los trabajadores contra los peligros producidos por el medio ambiente en que desempeña sus funciones. Muchas actividades agrícolas e industriales pueden producir efectos secundarios perjudiciales para la salud. La interacción de los factores ocupacionales o la presencia de uno de ellos o más son los responsables de los accidentes o enfermedades de trabajo.

El Sistema de Normas de Protección e Higiene del Trabajador en nuestro país garantiza la seguridad del trabajo, la conservación de la salud y la capacidad laboral al hombre en el proceso productivo. Este conjunto de normas sirve de base jurídica a la inspección estatal y sindical, y está estructurado de acuerdo a su contenido.⁽⁶⁾

No cabe duda que la organización y el ambiente de trabajo, así como las condiciones técnicas laborales repercuten en el desempeño del trabajador, la salud y la satisfacción en el empleo. Los factores de riesgo pueden conducir a una ruptura del equilibrio del sistema económico hombre-trabajo y subsistema hombre-máquina, hombre-ambiente, hombre-hombre y pueden causar accidentes, enfermedades profesionales y otras relacionadas con el ambiente laboral.⁽⁶⁾

Además de los factores que afectan la salud de la población en general, con frecuencia los trabajadores están expuestos a factores de producción peligrosos y nocivos riesgos los que pueden ser físicos, químicos, biológicos, psicológicos y ergonómicos. Los medios técnicos de protección evitan o disminuyen la influencia de esto riesgos en los trabajadores.

Está universalmente confirmado y aceptado que cada ciudadano tiene el derecho al trabajo saludable y seguro, y a un ambiente que le permita vivir social y económicamente una vida productiva. Es conveniente recordar que el hombre invierte aproximadamente un tercio de su vida en el trabajo y que este desempeña un importante papel en la aparición y desarrollo de gran número de enfermedades, aún sin que puedan ser consideradas profesionales. Muchas afecciones crónicas no transmisibles o infecciosas están asociadas con las condiciones propias del

oficio, la higiene de los alimentos que se consumen durante la jornada laboral, los hábitos y estilos de vida no saludables influidos por el colectivo, como el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.

Es criterio de la autora que en nuestro país existe una cifra importante de jubilados lo que incide en que algunas familias pudieran tener afectadas la satisfacción con los ingresos económicos. Los factores sociales asociados al trabajo pudieran situar a estas personas en situaciones de vulnerabilidad psicosocial incidiendo a su vez en el estado de salud y en la predisposición a ciertas enfermedades.

Tabla 8. Distribución de la satisfacción con los ingresos, características estructurales de la vivienda y el equipamiento doméstico básico de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Satisfacción con ingresos	No	%
Satisfecho	103	26
Medianamente satisfechos	235	59
Insatisfecho	58	15
Total	396	100
Estado físico de las viviendas	No	%
Buena	246	62
Regular	143	36
Mala	7	2
Total	396	100
Equipamiento doméstico	No	%
Adecuado	275	69
Medianamente adecuado	115	29
Inadecuado	6	2
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar y observación.

La familia cubana a partir de la década del 90, ha sido objeto de amplios debates, ya que en ella tuvo un gran impacto las condiciones del Período Especial. En este contexto de crisis se produjo un descenso de las condiciones de vida y del per cápita familiar, produciéndose un incremento de familias pobres, un proceso de reestratificación social y diferenciación familiar, territorialización de las desigualdades y polarización de los ingresos. Todo esto aumenta la vulnerabilidad familiar.

La Tabla 8 muestra que el 59% de las familias estuvieron medianamente satisfechas con los ingresos, esto no coincide con estudios realizados en nuestra provincia por Quintana Díaz G.M. ⁽³⁶⁾, donde se evidencia que en algunas familias existen insatisfacción con los ingresos hace más de 20 años.

Además se evidenció en la investigación la heterogeneidad con respecto a los ingresos entre los miembros de una misma familia marcando esto una desigualdad difícil de manejar entre ellos dadas sus posibilidades diferentes de acceso y consumo y provocando en muchas ocasiones conflictos. Sin embargo el estado físico de las viviendas y el equipamiento básico en su generalidad es adecuado, aunque constituye un aspecto de riesgo elevado el hecho de un mínimo por ciento de dificultades estructurales en la vivienda y equipamiento básico dado su repercusión en la salud familiar.

La autora considera que en esto ha incidido la voluntad política del estado Cubano y la preocupación que ha existido desde 1959 con la seguridad social y el problema de la vivienda en las personas más necesitadas, en nuestra provincia los órganos del Poder Popular junto a la dirección del Partido Comunista de Cuba han dedican especial atención al problema d la vivienda, eliminando las viviendas múltiples y construyendo nuevas edificaciones para las familias implicadas en esto, además el servicio de agua potable y los sistemas de acueducto y alcantarillado constituyen también una prioridad en la provincia.

Analizando estos aspectos como parte de los Determinantes Sociales de la Salud la forma histórica e injusta en que Cuba se ha visto forzada a desarrollar su proyecto económico y social desde hace más de medio siglo, debido a la presión ejercida por el bloqueo norteamericano y a otros factores relacionados, afecta la economía del país y obliga a buscar en cada momento soluciones alternativas. En estudios realizados por investigadores de instituciones económicas, sociales, científicas, culturales, educacionales y políticas, se advierte sobre la aparición de brechas de desigualdad social que constituyen amenazas a la salud poblacional.

Es criterio de la autora que el estado revolucionario garantiza la seguridad social a toda la población un salario mínimo para sus principales necesidades, sin embargo en algunas de las familias estudiadas el per cápita familiar no garantizaba el disfrute de otras necesidades importantes para la salud mental como el uso adecuado del tiempo libre, pero también es importante señalar que la comunidad tiene un número importante sin vínculo laboral

Diversas investigaciones sobre familia han constatado los siguientes cambios: en los inicios de la crisis económica se produjo un acelerado descenso de las condiciones de vida para la gran mayoría de los hogares cubanos. Esto fue en detrimento de la función cultural-espiritual, al reducirse los espacios de encuentro y de esparcimiento. Las medidas de ajuste socioeconómicas que se tomaron en el país para atenuar los efectos de la crisis, introdujeron desigualdades sociales en los niveles de ingreso y consumo de los diferentes hogares. Estas diferencias no son aceptadas pasivamente, sino percibidas como conflictos y con gran carga emocional.

Las diferencias de acceso y consumo no se sustentan sobre la base del valor del trabajo ni de la calificación profesional o técnica alcanzada, lo que descalifica este valor y lo desconecta del salario y de las aspiraciones de desarrollo profesional. La penetración inevitable de la cultura de mercado a través de las empresas mixtas, el turismo, los medios masivos de comunicación y el estrechamiento de los vínculos con la emigración: su legitimación en el mundo como criterio de éxito y

eficiencia a través del consumismo, el individualismo y la competencia. Estos cambios resultaron desfavorables en la salud familiar de la sociedad como el resultado del desequilibrio de los Determinantes Sociales de la Salud.

Entre las estrategias de generación de ingreso se pueden mencionar: la diversificación del trabajo familiar, combinando formas de insertarse en el mercado laboral. En una misma familia existen trabajadores asalariados estatales, y otros por cuenta propia están insertados en el sector revitalizado de la economía. Algunos miembros desocupados viven de lo que suele llamarse "resolver o inventar", lo cual sugiere formas de trabajo precarias, no legalizadas. El envío de remesas, lo que estrecha los vínculos de los residentes en Cuba con los emigrantes, en un intercambio que no solo aporta ayuda material, sino valores y diferentes estilos de vida. El matrimonio con extranjeros aceptado como una vía de generación de ingresos, sin que medien relaciones de auténtico amor en algunos casos. La venta del cuerpo, o sea, la prostitución de hombres y mujeres jóvenes, con complicidad familiar. De ahí que pueda hablarse de familias prostitutas, y no solo la prostitución vista como un fenómeno individual. El asedio de los niños al turista para obtener determinados artículos, que una vez llevados a sus casas son aceptados con beneplácito. Incremento de hábitos tóxicos y creciente aparición de jóvenes adictos y traficantes de drogas.

Entre las características de consumo y con la introducción del mercado, se eleva cada vez más, como aspiración, la tendencia a poseer artículos suntuosos y de marcas, lo cual genera una distancia entre la necesidad y su satisfacción. Ello genera la búsqueda insaciable de medios y vías, no importa cuáles, para acceder a estas propuestas.

Las condiciones materiales de vida, los factores sociales asociados al trabajo, el ambiente familiar, las actitudes personales y los estados psicológicos colocan a las personas en diferentes situaciones de vulnerabilidad psicosocial que incide en el estado de salud y en la predisposición a la enfermedad.

El proceso salud enfermedad no es un fenómeno aislado al contexto económico, político y cultural, sino por el contrario, es una consecuencia del desarrollo histórico- social que va a expresar las posibilidades del desarrollo integral de hombres y mujeres, inmersos en el proceso productivo de la sociedad y su estrato social.

Tareas como la preparación y el cocinado de los alimentos, el lavado de la ropa, el aseo personal o el cuidado de niños y enfermos, y la forma y los medios que se emplean para realizarlas condicionan en gran medida la vivienda. En muchas viviendas, gran parte de estas funciones se han mecanizado mediante los denominados electrodomésticos, de forma que se ha sustituido por consumo energético la necesidad de espacios amplios y la dedicación exclusiva de una o varias personas a estas tareas domésticas. El último paso en esta tendencia lo constituye la domótica que pretende automatizar el mayor número de elementos de la vivienda.

Tabla 9. Distribución según Servicios básicos de Saneamientos de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Servicios básicos de Saneamientos	No.	%
Adecuado	251	63,4
Inadecuado	145	36,6
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y observación.

Teniendo en cuenta el conjunto de servicios de que dispone el hogar para la satisfacción de necesidades básicas como son el agua e instalaciones sanitarias dentro del hogar en la Tabla 9 se evidencia que el 63,4% refirieron tener servicios básicos adecuados mientras que el 36,6% referían que eran inadecuados ya que no poseían suministro constante de agua, sin embargo de manera general la

mayoría de las viviendas constaban con instalaciones sanitarias adecuadas dentro de las mismas.

Esto coincide con investigaciones realizadas por Louro Berani IL. ⁽¹⁾, donde la mayoría de las familias estudiadas contaban con el conjunto de servicios básicos de saneamiento como son el agua y las instalaciones sanitarias dentro del hogar.

Al hacer un análisis de este Determinante la salud del hombre puede verse afectada por diversos procesos en los que interviene el agua, ya sea por su contaminación o por otros mecanismos capaces de producir la enfermedad. El agua tiene gran importancia desde el punto de vista sanitario ya sea porque transmite al hombre enfermedades cuyo agente causal es de tipo biológico o porque el motivo de la enfermedad puede ser debido a los elementos químicos presentes o deficitarios en las aguas.

La contaminación del suelo es una consecuencia de hábitos antihigiénicos puesto que la disposición sanitaria de los desechos es un elemento fundamental del saneamiento del ambiente. Su realización en forma inadecuada provoca la contaminación del suelo, el agua, y la atmósfera. Un sistema sanitario para la disposición de desechos es aquel que previene el contacto de todos los elementos nocivos producidos por el hombre o los animales con el suelo, el aire o el agua. Proporciona además aprovechamiento de los desechos de uso diverso, y al no permitir la transmisión de enfermedades, mejora el estado de salud de la población y garantiza su desarrollo armónico y saludable.

Los desechos sólidos son todos los residuos putrescibles o no resultante de la actividad doméstica, comerciales y otras, que se desarrollan en la comunidad. El urbanismo actual exige que en todo núcleo urbano de población se establezca un servicio que se ocupe de la limpieza de las calles, así como de la recolección de basuras, además de poseer un lugar apartado con determinadas características para realizar la disposición final, esto en el área se ve afectado ya que la realización de estos desechos no se realiza de forma frecuente, existe un número importante de microvertederos.

El almacenamiento adecuado de las basuras en viviendas y otros locales es responsabilidad de los usuarios u ocupantes de los mismos, sin embargo, corresponde a las autoridades sanitarias educar, promover y exigir que se hagan correctamente. La limpieza de las calles es una actividad fundamental para el ornato de una ciudad, además de la incidencia que puede tener desde el punto de vista sanitario.

Tabla 10. Distribución según hábitos alimentarios de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Hábitos alimentarios	No	%
Adecuado	145	36,6
Inadecuado	251	63,4
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada

En el presente estudio la Tabla 10 muestra que un 63,4% estaban relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados mientras que un 36,6% presentaban hábitos alimentarios adecuados. Esta presencia de inadecuaciones en la salud alimentaria de nuestras familias se debe a varios factores dentro de los que sobresale la no existencia de una cultura en la dieta alimentaria, provocada por la no percepción del riesgo de enfermar. Además, es necesario tener en cuenta que hoy en día, debido a las dificultades con los ingresos, muchas veces no se tiene acceso a consumir lo que en realidad pudiera resultar más beneficioso para la salud familiar.

Según Pérez González ⁽²⁷⁾ la alimentación o dieta pueden influir en la aparición, empeoramiento o curación de las enfermedades. La apropiada alimentación debe estar pautada por la razón y presidida por la moderación inteligente, la flexibilidad y el conocimiento de sí mismo. Se trata no solo de tener en cuenta la cantidad total de alimentos y las proporciones en que se combinan en virtud de aportar la cantidad de energía y de sustancias básicas necesarias para una adecuada reposición de lo gastado, sino de aprovechar las cualidades energéticas de cada

alimento, a fin de combinarlas apropiadamente para favorecer que la persona se mantenga dentro de un equilibrio saludable.

Es criterio de la autora las familias tienen la creencia de que solo el consumo de alimentos de origen animal como fuente de proteínas, los alimentos fritos y muy elaborados son sinónimo de calidad alimentaria y de vida, esta representación influye en su comportamiento y estado de salud, generando pérdidas o conflictos de intereses que a menudo se convierten en un problema económico para las familias. Asimismo, la sobrecarga de tareas en los miembros que deben asumir el cuidado de otro formándose una gran cadena de hechos que nos llevan desde una cultura alimentaria no adecuada para nuestro clima y recursos naturales.

La autora considera que el hábito alimentario (aunque inadecuado) va en detrimento del autocuidado familiar, mutilando el poder de gestión individual y colectivo en la salud familiar, limitando desde el punto de vista físico, mental y emocional el desarrollo humano. Una ingestión alimentaria deficitaria puede acarrear desnutrición y carencias nutricionales específicas, mientras que una alimentación excesiva y desequilibrada aumenta con frecuencia el riesgo de diversas enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta. Además otros factores como el consumo de alcohol y tabaco, y la tensión nerviosa y un bajo nivel de actividad física debido a los cambios en el estilo de vida, sobre todo en las zonas urbanas, agravan los problemas de una ingestión excesiva y desequilibrada.

Con frecuencia la población no tiene o pierden la capacidad de ponerse en contacto con los alimentos que necesitan. En la mayoría de los casos esto está dado por no poseer el poder adquisitivo necesario para tener acceso a los alimentos que necesitan. La calidad e inocuidad de los alimentos es otro elemento a tener en cuenta pues esto depende de que el individuo pueda hacer el máximo aprovechamiento de los alimentos de que dispone.

Es necesario insistir en que desayunar es algo más que tomar un café, pues el café y las infusiones no aportan prácticamente ningún nutriente. La inclusión en la dieta de un desayuno diario y equilibrado, ayuda a conseguir una correcta

distribución de las calorías a lo largo del día, y de esta manera, al mantenimiento del peso.

Tabla 11. Distribución según práctica de ejercicios físicos y sedentarismo de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Ejercicios físicos	No.	%
Si	196	49,5
No	200	50,5
Total	396	100
Sedentarismo	No.	%
Presente	215	54,3
Ausente	181	45,7
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y observación.

La actividad física aeróbica sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y psíquico del individuo. En este estudio la Tabla 11 muestra que el 50,5% de las familias no realizan ejercicios físicos así como se encontró que el sedentarismo estaba presente en el 54,3% de las mismas. Estudios similares fueron reportados por Estrada Fernández⁽²⁴⁾ donde planteaba un predominio del sedentarismo y la no realización de ejercicios físicos.

Es criterio de la autora que independientemente que hoy gran parte de la población avileña práctica ejercicios físicos, no se ha concientizado en la importancia que este acto, no solo desde el punto de vista estético sino también espiritual y en la salud, contribuyendo a una disminución considerable del riesgo de padecer enfermedades en aquellas personas que lo practican. Vale destacar que la práctica de ejercicios físicos es un estilo de vida saludable, si las familias lo

practicaran tendrían menos estrés, más salud y comunicación, nuevos intereses y motivaciones que compartir y eso, en algunos casos.

Como Determinante Social de la Salud podemos destacar que el hecho de que no se practique ejercicio físico se relaciona con la reducción de la esperanza de vida y la pérdida de la validez, influyendo en el aparato locomotor, además de incentivar la intensidad del hábito de fumar, por el contrario su práctica sistemática mejora la circulación, el control de la HTA y produce rejuvenecimiento biológico.

La no realización de ejercicios físicos se relaciona con el envejecimiento prematuro de órganos, descompensación de enfermedades, mal afrontamiento al estrés, sentido de la vida pesimista, sentimiento de soledad, ausencia de apoyo social, dependencia involuntaria, conflictos intergeneracionales, ausencia de contactos humanos amistosos.

Se estima que entre un 9 y un 16 % de las muertes producidas en los países desarrollados, pueden ser atribuidas a un estilo de vida sedentario. En el estado de salud de una persona este, es un factor fundamental que se combina con otros determinantes importantes como la dotación genética, la edad, la situación nutricional, la higiene, salubridad, estrés y tabaco.

Tabla 12. Distribución según conducta sexual, conducta social de riesgo y participación social de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Conducta sexual	No	%
Responsable	328	82,8
Irresponsable	68	17,2
Total	396	100
Conducta social de riesgo	No	%
Si	103	26
No	293	74
Total	396	100
Participación social	No	%
Adecuada	373	94,2
Inadecuada	23	5,8
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y observación.

En el presente estudio según conducta sexual, conducta social de riesgo y participación social se evidencia en la Tabla 12 que el 74% no presentaban una conducta social de riesgo, así como el 82,8% refirieron tener una conducta sexual responsable lo cual coincide con Ares Muzio P. ⁽³¹⁾, donde la mayoría de las familias tenían una conducta social sin riesgo y una conducta sexual responsable. Estos difieren con los reportados por Álvarez Castaño ⁽¹⁶⁾, donde se encontraron cifras elevadas de familias con una conducta social riesgosa y una conducta sexual irresponsable.

La no correspondencia con los modelos hegemónicos tradicionales generan en el ámbito de la salud: mayores riesgos para la salud sexual (sexo comercial, adicciones, relaciones sexuales no seguras); insuficiente desarrollo de la capacidad de resiliencia; daños en la salud mental; no reconocimiento por los sistemas de salud de las diferentes expresiones de la sexualidad (travestismo, transexualidad, transgénero y otras);insuficientes avances en las políticas públicas

en salud para dar respuesta a la diversidad sexual y al reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

En el ámbito social producen insuficiente desarrollo de los marcos legales para el logro del ejercicio de los derechos sexuales o de la formulación de derecho e ignorancia de hecho en la vida cotidiana para y por los grupos poblacionales de mujeres y de los que se reconocen hoy como diversidad sexual, insuficiente desarrollo de los procesos legales para el reconocimiento y acceso al mercado de trabajo, y para el reconocimiento social de las capacidades intelectuales y productivas de aquellos que no responden al modelo sexual hegemónico, lo que influye en la condición, posición y toma de poder en el territorio institucional de estos grupos poblacionales.

Además encontramos en la Tabla 12 que el 94,2% tenían una participación social inadecuada ya que hoy en día la comunidad está siendo afectada por este determinante puesto que las personas no intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas.

La participación social es considerada un proceso dinámico en constante construcción que implica a todos los actores sociales. Como todo proceso social ha evolucionado y alcanzado un mayor o menor grado de desarrollo en dependencia del contexto social particular que se analice. Se facilita y aprende en dependencia de la voluntad de las estructuras de los poderes político y técnico, predominantes en un territorio o localidad, así como de la motivación y apoderamiento que tengan los pobladores. En Cuba la sociedad está organizada de manera tal que se haga factible la participación de los diferentes sectores y grupos de población en la solución de los problemas particulares incluyendo los de la salud. Existen factores que obstaculizan la participación social y ellos deben ser investigados y evaluados a fin de neutralizarlos como fuentes oponentes del proceso.

En nuestra área existen múltiples factores que influyen en el grado de desarrollo que alcance la participación social, entre ellos se pueden citar: la centralización excesiva de los diferentes niveles, la falta de voluntad política en esta localidad, el

paternalismo, las diversas y en oportunidades inadecuadas interpretaciones de lo que significa participación de la sociedad, no estar agotados los espacios que estimulen la participación, el burocratismo, insuficientes recursos humanos y financieros, falta de capacitación tanto de líderes formales como informales incluida la propia población, mecanismos de información insuficientes o inexistentes por solo citar algunos.

Tabla 13. Distribución según hábitos tóxicos como alcoholismo y consumo de tabaco de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Alcoholismo	No.	%
Si	12	3
No	384	97
Total	396	100
Consumo de tabaco	No.	%
Si	73	18,4
No	323	81,6
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y observación.

La Tabla 13 muestra que un 97% de las familias no estaban relacionadas con hábitos tóxicos como el alcoholismo así como un 81,6% de las mismas no presentaba consumo de tabaco. Estos resultados no coinciden con lo encontrado por Ruiz Candina. ⁽⁴⁰⁾, donde plantean que la asociación entre adicciones en adolescentes y disfunción de sus familias fue un hecho esperado.

Sin embargo la autora considera que este Determinante a pesar de los resultados obtenidos algunas de las familias independientemente de conocer las consecuencias que provocan estas toxinas en el organismo, asumen comportamientos que las colocan en el riesgo de enfermar. Hoy se conoce que estas drogas pueden ser causantes por sus efectos deletéreos de ocasionar

acontecimientos relacionados con los valores éticos, morales y transgresión de los mismos por algunos de sus consumidores.

El alcohol es factor determinante en las muertes violentas por accidentes de tránsito y laborales, representa un papel importante en los homicidios y suicidios, se considera como elemento principal en la violencia intrafamiliar, y se encuentra con demasiada frecuencia en las alteraciones del orden en las comunidades. Además facilitan y promueven la delincuencia no organizada tiene un propósito de beneficio inmediato para el delincuente, que se convierte en victimario, quien algunas veces recurre a la violencia física y hasta al homicidio, pero que siempre produce alteraciones psíquicas, que afectan la salud mental de las víctimas.

Tabla 14. Distribución según violencia de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Violencia	No.	%
Ausente	371	93,7
Física	8	2,0
Psicológica	17	4,3
Sexual	0	0
Total	396	100

Fuente: Entrevista familiar semiestructurada y observación.

Ciertos fenómenos naturales, procesos sociales, actitudes y comportamientos humanos producen sufrimientos y dolor como efectos directos e inmediatos, no siempre previsibles o evitables. La violencia que tiene lugar en las relaciones familiares también provoca sufrimiento y dolor.

La violencia constituye una de las causas principales de muerte en el mundo, así como de incapacidades y de años potenciales de su vida útil perdidos, siendo inconmensurable su relación y efecto sobre la salud mental. Su magnitud

trasciende los límites del sector salud y demanda de la intervención de toda la sociedad.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud plantea que “las alteraciones de la salud producen también alteraciones entre los miembros de la familia que a su vez pueden tener repercusiones médicas, sociales y económicas sobre los miembros o sobre las funciones del conjunto familiar”. Ciertos fenómenos naturales, procesos sociales, actitudes y comportamientos humanos producen sufrimientos y dolor como efectos directos e inmediatos, no siempre previsibles o evitables. La violencia que tiene lugar en las relaciones familiares también provoca sufrimiento y dolor.⁽²⁾

En la Tabla 14 se evidencia que el 6,3% presentaban violencia intrafamiliar, el tipo de violencia más frecuente en nuestra población fue la violencia psicológica por factores económicos o patrimoniales, resultados estos que coinciden con otras investigaciones realizadas sobre violencia familiar en Cuba por Louro Bernal⁽³⁸⁾ donde se estima que el 42% de los entrevistados identificó como formas de violencia la física y la psicológica, estimándose por ellas que generalmente el maltrato psicológico precede y trasciende al maltrato físico. Casi la totalidad de las familias afectadas eran disfuncionales, con padres alcohólicos, trastornos psiquiátricos o retraso mental, madres con bajos ingresos como único sostén del hogar.

Es criterio de la autora que en una familia que no satisfaga las funciones establecidas, en la que predomine la desarmonía entre su membresía, donde no existan límites preestablecidos, va a promover actitudes de violencia que atentan contra la salud familiar.

Se considera además que en el presente estudio lo anterior puede estar dado también, como expresión de que todavía en nuestra sociedad se encuentran sólidamente arraigados estereotipos que justifican que se soporten situaciones de violencia intrafamiliar por el supuesto de mantener la unidad familiar y como evidencia de la incapacidad de estas familias para afrontar crisis y situaciones difíciles de forma saludable y madura, lo que las somete a la disfuncionabilidad y

compromete su estado de salud como grupo y el de cada miembro de forma individual.

Por tanto estas familias se ven incapacitadas de cumplir con su función formativa de potenciar el desarrollo de valores, normas de conductas, concepciones y actitudes, en tanto es el primer agente de socialización de la personalidad, ser el grupo de referencia más estable a lo largo de la vida y constituir un elemento vital en los cambios culturales de la sociedad. La violencia puede estar provocada por el aprendizaje desde edades tempranas de conductas de maltrato, discriminación, intolerancia, autoritarismo, sumisión, como herencia cultural de una generación a otra. Es vital que la familia reconozca la violencia intrafamiliar como un problema de salud y adopte un papel de autovigilancia y autocuidado.

Tabla 15. Distribución según presencia de enfermedades no transmisibles en los miembros de las familias estudiadas del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019.

Presencia de enfermedades no transmisibles.	No.	%
Enfermedades cardiovasculares.	284	71,7
Enfermedades respiratorias	112	28,2
Cáncer	17	4,3
Enfermedades del aparato digestivo.	8	2,0
Enfermedades renales.	5	1,3
Enfermedades del SOMA	104	26,3
Enfermedades cerebrovasculares	22	5,5
Enfermedades endocrino-metabólicas	103	26,0

Fuente: Entrevista familiar, encuesta y observación.

Analizando la Tabla 15 se muestra que las enfermedades que más predominaban en las familias eran las cardiovasculares con un total de 284 familias afectadas para un 71,7% seguidas por las enfermedades respiratorias con 112 familias para

un 28,2%. Esto coincide con el Anuario Estadístico de Salud 2018 los cuales demostraron una alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares y respiratorias.⁽⁴¹⁾

Este determinante social es de gran importancia ya que se estima que un 26,4 % de la población adulta mundial presenta enfermedades cardiovasculares y se espera que para el año 2025 el 29,2 % de la población mundial sufra de las mismas, lo que significará un incremento del 60,0 %. Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en el adulto, y constituye un factor de riesgo en múltiples enfermedades, por lo que se deben realizar estrategias donde se aplique un tratamiento no farmacológico a la población afectada, con métodos más naturales y menos nocivos. Múltiples estudios realizados por autores nacionales e internacionales asocian un aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.⁽⁶⁾

Las enfermedades se producen frecuentemente por el hecho de contar con altos índices de familias que existen bajo condiciones familiares inadecuadas, cuyo nivel de funcionamiento es disfuncional y de que estos no cuenten con una red de apoyo institucional suficiente para dar respuesta a sus nuevas necesidades y que le brinde los recursos y herramientas para enfrentar estas situaciones, es directamente proporcional al hecho de que el autocuidado familiar de la salud no forme parte prioritaria de su lista de responsabilidades y valores como institución.

Según considera la autora los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares son el consumo de tabaco, elevación de la presión arterial, el aumento de la colesterinemia y de la glucemia. Muchos otros factores estaban presentes en las familias estudiadas los cuales aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular como fueron la dieta malsana, la inactividad física, el sedentarismo, la edad, el sexo masculino, antecedentes familiares de inicio temprano de enfermedad coronaria y la resistencia a la insulina los cuales estaban presentes en la mayoría de las familias estudiadas.

Conclusiones.

Conclusiones.

La investigación realizada describe el comportamiento de los Determinantes Sociales de la Salud en el CMF No.11 del Policlínico Antonio Maceo del Municipio Ciego de Ávila desde marzo del 2018 a marzo del 2019 donde los Determinantes Sociales que mostraron mayor incidencia con efectos negativos fueron las familias nucleares y disfuncionales, la edad entre 20 y 59 años, el sexo femenino, el vínculo laboral riesgoso y un elevado número de personas sin vínculo laboral, la alimentación inadecuada, la no realización de ejercicios físicos, el sedentarismo, la participación social inadecuada; el alcoholismo, consumo de tabaco y la violencia estaban presentes aunque mostraron porcentajes bajos. Las enfermedades no transmisibles más frecuentes identificadas en las familias estudiadas fueron las Cardiovasculares.

Recomendaciones.

Recomendaciones.

- Realizar charlas educativas a las familias con el objetivo de disminuir los efectos negativos de los Determinantes Sociales de la Salud estimulando la activa participación de la familia en la preservación de su salud y bienestar.
- Estimular la natalidad en la población.
- Extender los centros laborales por cuenta propia.
- Ampliar las zonas de recreación para la realización de ejercicios físicos y la práctica de deportes.
- Incrementar las actividades de promoción de salud para educar a la población y reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.

*Referencias
Bibliográficas.*

Referencias Bibliográficas.

1. Louro Beranl IL. Visión panorámica de los determinantes sociales de la salud. Rev Divulgación Científica y Cultural de la Salud en Cuba. 2013 Nov [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo-dossier/2013/11/06/vision-panoramica-de-los-determinantes-sociales-de-la-salud>
2. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008 [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
3. Louro, B.I. La familia en la determinación de la salud. Revista cubana de salud pública 2003.; 29(1): p 48-51. Enfoque familiar en la salud. En temas de actualización de salud pública. CD ROM Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Página 155 Tomo 1 libro de texto de Medicina General Integral.
4. Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (Internet). (citado 24 Enero 2018). Página 107-112 Tomo 1 libro de texto de Medicina General Integral.
5. 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 Enero 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
6. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, et al. Medicina General Integral. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
7. Álvarez Pérez A, Luis González IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, Van der Stuyft P. Actualización conceptual sobre los Determinantes de la Salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana HigEpidemiol [revista en Internet]. 2010 [citado 24 Enero 2018];

- 48 (2): [aprox. 18p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000200010&script=sci_arttext
8. Berenguer Gouarnaluses MC, et al. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN 2017; 21(1):61
 9. Lineamientos de la Política Económica y Social de la Revolución [Internet]. La Habana: PCC; 2011. [citado 24 Enero 2018] Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2011/05/folleto-lineamientos-vi-cong.pdf>.
 10. Castro Ruz R. Informe Central al VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, en el Palacio de Convenciones, el 16 de abril de 2011.
 11. Restrepo, H., Málaga, H. 2002. Promoción de Salud, cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
 12. López Arellano O, Escudero JC, Dary Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Rev Medicina Social. 2008 [citado 24 Enero 2018]; 3(4). Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
 13. García-Ramírez JA, Vélez Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Rev Salud Pública. 2013 MEDISAN 2017; 21(1):7 4 [citado 24 Enero 2018]; 15(5). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
 14. Caballero González E, Moreno Gelis M, Sosa Cruz ME, Mitchell Figueroa E, Vega Hernández M, Columbié Pérez LA. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Rev INFODIR. 2012 [citado 24 Enero 2018]; (15). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1512/infod06212.htm>
 15. 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.

16. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. RevGerencPolit Salud. Bogotá (Colombia). 2009 [citado 24 Enero 2018]; 8(17): 69-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v8n17/v8n17a05.pdf>
17. Cátedra de Complejidad de La Habana, Sección Psicología y Sociedad/Sociedad Cubana de Psicología. Encuentro Científico Complejidad 2014: Pensamiento y Ciencias de la Complejidad. La Habana: Cátedra; 2014.
18. Ros, Cecilia et al. Análisis de factores socio-culturales y ambientales involucrados en problemas de salud prevenibles. Ciencia, Docencia y Tecnología – Suplemento. N° 6. 2016.
19. 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 24 Enero 2018]; 45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032007000200001&script=sci_arttext&lng=pt
20. Sánchez-Méndez MI, Hernández-Elizondo J. Efecto de una intervención educativa sobre valores antropométricos y hábitos de actividad física de familias costarricenses de la región central en el año 2012. Educación. 2016 [citado 24 Nov 2018]; 40(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-26442016000100019&lng=pt&tlng=es
[.http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion](http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion)
21. Álvaro González JI, Zurita Ortega F, Viciano Garófano V, Martínez Martínez A, García Sánchez S, Estévez Díaz M. Actividad física de adolescentes: implicación de sustancias nocivas, modalidad practicada y familia. Psicol. Esc. Educ. 2016 [citado 24 Nov 2018]; 20(1):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572016000100013&lng=pt&tlng=es
22. Guevara Fernández GE, Herrera Rodríguez JI, García Pérez Y. La integración de las influencias educativas de la universidad y la familia en la formación del profesional de la educación superior. GacMédEspirit. 2014 [citado 25 febrero

- 2019];16(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000200014&lng=pt&tlng=es
23. Martínez Vasallo HM. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev. Med. Electrón. 2015 [citado 25 Nov 2018];37(5):[aprox. 16 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=pt&tlng=es
24. Estrada Fernández ME, et al. La dependencia: efectos en la salud familiar. Atención Primaria. 2017. [citado 19 Nov 2018]
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.007>
25. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, González M, Alberto A, Martínez González O, Blanco Suárez M. Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. Propuesta de intervención. Policlínico Docente II. Manzanillo, Granma. Multimed. 2016;20(1):197-212.
26. Alonso del Real Barrera JM. Influencia de la familia en el desarrollo de las Habilidades Socio emocionales de los niños de Educación Primaria. La familia como recurso preventivo de la violencia de escolares y conflictos escolares. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016 [citado 24 enero 2019]. Disponible en:
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/45103/TFG%20Jose%20Mar%c3%ada%20Alonso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Pérez González E. La familia en el proceso salud-enfermedad. Atención familiar. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 238 – 278.
28. Cid Rodríguez MC, Montes de Oca Ramos R, Hernández Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. RevMéd Electrón. 2014 [citado 14 Sep de 2018];36(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
29. Picó Rubio J del. Evolución y actualidad de la concepción de familia. Una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. Revista Ius et Praxis. 2011 [citado 20

Nov 2018];(1):[aprox. 26 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122011000100003

30. Curbelo Nuñez Lizandra, (2012) “Las representaciones sociales en el autocuidado de la salud familiar asociadas al nivel de funcionamiento familiar” tesis de terminación de la licenciatura en psicología.
31. Ares Muzio P. Situación actual y propuesta para el fortalecimiento familiar. En: Taller Nacional de Intercambio de Experiencias del Programa de los Trabajadores Sociales. Bayamo: Universidad de Granma; 2010.
32. González Rodríguez R, Cardentey J. Funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico. Rev Archivo Méd Camagüey. 2015; 19(6):599-607.
33. Ares Muzio, P. Individuo, familia, sociedad: el desafío de ser feliz. La Habana: Editorial Caminos; 2018.
34. Escuela Nacional de Salud Pública. Promoción y Educación para la Salud. 2016 [consultado 28 Jun 2016]. Disponible en:
http://www.ensap.sld.cu/?q=dep_promocion
35. Alfonso P, OA. El desarrollo de las habilidades comunicativas en los especialistas de MGI para la entrevista médica familiar. Tesis Doctoral. Universidad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila .2014.
36. Quintana Díaz G.M. La salud familiar y los determinantes sociales en una Policlínica de Ciego de Ávila. Propuesta de una intervención. 2017
37. Díaz Tenorio M. Familias en Cuba: cambios y recomendaciones a la política social. 1ra ed. La Habana: CIPS; 2001.
38. Louro Bernal I. Familia. Atención Familiar. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol 1. La Habana: Ciencias Médicas, 2001. p. 209-34
39. Chaparro Caso López AA, González Barbera C, Caso Niebla J. Familia y rendimiento académico: configuración de perfiles estudiantiles en secundaria. REDIE. 2016 [citado 25 Nov 2018];18(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412016000100004&lng=pt&tlng=es

40. Ruiz Candina H, Herrera Batista A, Martínez Betancourt A, Supervielle Mezquida M. Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. Rev Cubana InvestBioméd. 2014 [citado 19 Nov 2018];33(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000400008&lng=pt&tlng=es
41. Anuario Estadístico de Salud 2018. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública; La Habana 2018. Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/ o <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

Anexos.

Anexos.

ANEXO 1.

Consentimiento Informado.

Yo: _____

Por medio de la presente doy el consentimiento para participar en esta investigación, colaborando así y respondiendo sinceramente sin ningún tipo de exigencia por parte del autor de la investigación. De esta forma declaro que he sido informado debidamente del objetivo del estudio. Se me dió la posibilidad de abandonar sin cuestionamiento alguno el estudio, si en algún momento lo deseara. La información que yo brindé no será divulgada ni publicada con mi nombre o señas personales.

Firma del miembro de la familia

ANEXO 2

Guía de entrevista semiestructurada a las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila.

Datos generales:

- Edad:

___ Menos de 1 año ___ 1-9 años ___ 10-19 años ___ 20-59 años ___ 60años y más

- Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

- Ocupación

___ Obrero ___ Profesional

___ Desocupado ___ Campesino

- Vínculo laboral :

___ con riesgo para la salud ___ sin riesgo para la salud

___ sin vínculo laboral

- Satisfacción con la ocupación:

___ Satisfecho ___ Insatisfecho

- Nivel educacional :

___ Sin instrucción ___ Primaria sin terminar ___ Primaria

___ Secundaria terminada ___ Preuniversitario

___ Universitario

- Ingresos económicos para un mes en la familia:

___ Menos de 50 pesos ___ % 50 y 100 pesos

___ %101 y 200 pesos ___ %201 y 300 pesos

___ % 301 y 400 pesos ___ % 401 y 600 pesos

___ % 601 y 1000 pesos ___ +1000 pesos

- Satisfacción con los ingresos:

___ Satisfecho ___ Insatisfecho

- Servicios básicos de saneamiento en el hogar, agua e instalaciones sanitarias dentro del hogar:

_____Adecuada _____Inadecuada

- Características estructurales de la vivienda:

_____Buena (Mampostería y placa, Mampostería y teja de fibro)

_____Regular (Madera y teja o fibro)

_____Mala (Madera u otro material y guano)

- Equipamiento doméstico

_____Tienen más que refrigerador, TV o radio y plancha.

_____Posee al menos refrigerador, TV o radio y plancha.

_____Falta refrigerador y/o TV, radio y plancha.

- Marcar con una (X) aquellas situaciones con las que la familia se identifique.

1. Con relación a los hábitos alimentarios marcar con una (x) aquellos alimentos que ingieren en su casa más de tres veces por semana o en más de una ocasión en un mismo día:

_____ Se desayuna diariamente

_____ Postres, dulces, repostería.

_____ Pizza, espaguetis, pan, galletas.

_____ Bebidas gaseosas o refrescos comerciales.

_____ Carne roja, carne de cerdo, pollo con pellejo.

_____ Embutidos, vísceras.

_____ Aceite vegetal.

_____ Aceite vegetal reutilizado más de un día.

_____ Manteca de cerdo.

_____ Ensaladas, vegetales o verduras, frutas.

_____ Arroz, frijol, lentejas, garbanzos, chícharos.

_____ Pescado y pollo.

2. Los miembros de la familia realizan ejercicios físicos sistemáticos:

Sí _____ No _____

a) En caso que la respuesta sea negativa marque con una x la causa considerada:

____ Por falta de interés ____ Por falta de tiempo

____ Por falta de espacio ____ Por otras causas

3. Sedentarismo

____ Presente ____ Ausente

4. Conducta Sexual:

____ Responsable ____ Irresponsable

5. Conducta social de riesgo (marginalidad):

____ Desempleo ____ Falta de vivienda ____ Miseria ____ Hambruna,

____ Falta de acceso a los cuidados de salud.

6. Participación social:

____ Las familias no intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas.

____ Las familias intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas.

7. Deserción escolar (Abandono de los estudios)

____ Sí ____ No

8. En la casa algún miembro, consume todos los días o tres veces a la semana, los siguientes:

____ Café ____ Cigarro ____ Alcohol ____ Vino.

____ Medicamentos no indicados por el médico.

____ Otros.

9. Participación e integración en organizaciones sociales de la familia.

Sí ____ No ____

10. Situaciones que suceden con frecuencia en la familia:

____ Agresiones físicas entre los miembros de la familia.

____ Agresiones verbales entre familiares.

___ Agresiones sexuales en la familia.

___ Ninguna de las anteriores.

11. Miembros que conviven en el hogar: ___ Hijos ___ Hermanos ___ Padres ___ Nietos
___ Abuelos ___ Tíos ___ Pareja ___ Otro (especificar) _____

12. Cuáles de los siguientes acontecimientos han ocurrido en la familia durante los últimos 6 meses:

a) Separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia por:
___ Hospitalización prolongada ___ Abandono ___ Separación conyugal,
___ Salida del hogar al extranjero u a otras Provincias del País ___ Muerte prematura respecto al ciclo de vida ___ Suicidio.

b) Incorporación de uno o más miembros de la familia en la familia por:

___ Regreso al hogar ___ Adopción ___ Convivencia temporal.

c) Crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia.

___ Conducta antisocial ___ Encarcelamiento ___ Escándalos en la comunidad,
___ Otras.

d) Cambio económico importante tanto en sentido negativo como positivo:

___ Pérdida de trabajo ___ Deterioro de las condiciones de la vivienda
___ Pérdida de alguna propiedad importante como la casa ___ una Herencia.

e) Problemas de salud:

___ Embarazo no deseado ___ Infertilidad, ___ Intento de suicidio,
___ Trastornos Psiquiátricos ___ Accidente,
___ Diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

13. En la familia algún miembro sufre de enfermedades no transmisibles.

___ Enfermedades Cardiovasculares.

___ Enfermedades Respiratorias

___ Cáncer

- _____ Enfermedades del Aparato Digestivo.
- _____ Enfermedades Renales.
- _____ Enfermedades del SOMA
- _____ Enfermedades Cerebrovasculares
- _____ Enfermedades Endocrino-Metabólicas.

ANEXO 3.

Planilla de recolección de datos de historia de salud familiar de las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila.

- Clasificación de la familia según la ontogénesis: ____ Nuclear,
____ Extensa ____ Ampliada.
- Etapa del ciclo vital familiar: ____ Formación ____ Extensión,
____ Contracción ____ Disolución.
- Crisis Normativa:
____ Conflictos de etapa de formación.
____ Conflictos de etapa de extensión.
____ Conflictos de etapa de contracción.
____ Conflictos de etapa de disolución.
- Crisis Paranormativa:
____ Desmembramiento
____ Incremento
____ Desorganización
____ Mixta.
- Alguna Observación importante para el estudio

ANEXO4.

Encuesta y guía de observación (realizada por el Departamento de MGI y Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila) con el objetivo de describir algunos determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

- Caracterización geográfica.

Determinantes estructurales:

1. Contexto socioeconómico y sociopolítico del municipio

- Gobierno. Políticas macroeconómicas
- Políticas Sociales: Trabajo. Vivienda. Barrios insalubres o marginales.
- Políticas Públicas: Educación, Salud y Protección Social
- Cultura y valores sociales.

2. Posición socioeconómica de las familias

Caracterización de la población:

- Clase social
- Género. Mujeres jefas de hogar.
- Ocupación
- Educación
- Ingresos

Determinantes intermedios

1. Condiciones materiales

- Servicios básicos saneamiento
- Vivienda
- Condiciones de trabajo

2. Factores biológicos, conductuales y psicosociales

- Alimentación
- Actividad física y sedentarismo
- Riesgos sociales
- Desocupación
- Deserción escolar
- Comportamiento
- Conducta adictiva
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Participación social
- Violencia

3. Servicios de salud

- Cobertura de los servicios de salud
- Acciones de vigilancia y control de enfermedades con las familias
- Morbilidad y Mortalidad
- Actividades de promoción

ANEXO 5

Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) aplicada a las familias del Consultorio No.11 del Policlínico Antonio Maceo de Ciego de Ávila.

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente:

[illegible]

	demás lo ayudan.										
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.										
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.										
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.										
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.										
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.										
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.										

La prueba del Funcionamiento Familiar FF-SIL. Explora el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), mediante la percepción de uno de los miembros. Consta de 14 Ítems en forma de situaciones, cuya respuesta alternativa es entre: Casi Siempre, Muchas veces, A Veces, Pocas veces y Casi Nunca obteniéndose de 1 a 5 puntos de acuerdo con la respuesta. La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

- Familia funcional de 57 a 70 puntos
- Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos
- Familia disfuncional de 28 a 42 puntos
- Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos

ANEXO 6

Figura 1. Determinantes sociales de la salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992. ⁽⁶⁾