**CARACTERIZACIÓN DE LAS HISTORIAS DE SALUD FAMILIAR EN UN CONSULTORIO MÉDICO**

**Raidel González Rodríguez1, Ing. José Lazaro Morejón Palacio2**

1Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Policlínico universitario “Pedro Borrás Astorga”. Pinar del Río, Cuba. E-mail [raidelgonzalez@infomed.sld.cu](mailto:raidelgonzalez@infomed.sld.cu)

2Ingeniero en Ciencias Informáticas. Universidad de las Ciencias Informáticas. La Habana, Cuba. E-mail: [joseph960518@gmail.com](mailto:joseph960518@gmail.com). ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8453-9673>

**RESUMEN**

**Introducción:** la historia de salud familiar constituye un modelo del nivel primario de atención para caracterizar el proceso salud-enfermedad de las familias.

**Objetivo:** caracterizar las historias de salud familiar pertenecientes al Consultorio médico 2.

**Métodos:**se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Consultorio médico 2 perteneciente al Policlínico universitario “Pedro Borrás Astorga” de la ciudad Pinar del Río, durante octubre a diciembre del 2017. El universo de estudio estuvo constituido por 429 historias de salud familiar que contemplaron a 1 081 pacientes de dicha área de salud. El procesamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó utilizando frecuencias absolutas y relativas, respetándose los principios bioéticos.

**Resultados:**relacionado con las características generales predominó el sexo femenino (53,8%), edades de 40 a 59 años (34,3%), así como el grupo dispensarial II (50,9%). Respecto a las características socioculturales prevaleció el nivel educacional técnico medio (33,5%) así como la dedicación ocupacional trabajadores estatales (33,6%). Atendiendo a las características familiares primaron las familias medianas según tamaño (56,9%), extensa de acuerdo a la ontogénesis (51,1%) y multigeneracional en relación al número de generaciones (59,7%). En cuanto a las características de la dinámica familiar fueron superiores la presencia de crisis normativas (61,1%), la ausencia de crisis paranormativas (77,4%), las familias sin problemas de salud familiar (80,4%), además de las intervenciones educativas realizadas (82,7%).

**Conclusiones:** el adecuado empleo de las historias de salud familiar posibilita identificar aspectos culicuantititativos de las familias, así como prevenir, identificar e intervenir riesgos y otros daños a la salud familiar.

**Palabras clave:**Medicina familiar; modelo de atención; salud familiar; atención primaria de salud

**INTRODUCCIÓN**

Los documentos empleados en el nivel primario de atención han adquirido una connotación especial en su desarrollo evolutivo, particularmente la historia de salud familiar (HSF) donde se recoge información biopsicosocial de las familias. Su conocimiento por estudiantes y profesionales permite revelar características familiares, prevenir e identificar riesgos y otros daños a la salud, evaluar aspectos socioeconómicos, medioambientales, funcionamiento familiar, así como establecer estrategias educativas en el mejoramiento de la calidad de vida.

El surgimiento de la especialidad Medicina General Integral propició el vínculo del profesional con actividades específicas y modelos identificados por el Ministerio de Salud Pública. El modelo 54-50 correspondiente a la HSF, es encontrado en todas las instituciones sanitarias del nivel primario de atención propiciando con ello un incremento en la motivación e identificación de los problemas de salud familiar, así como el desarrollo de habilidades y conocimientos en galenos cubanos. Su impacto social se traduce en satisfacción por los servicios sanitarios prestados en la atención familiar y comunitaria. 1

La HSF surge a partir de la necesidad de evaluar sistemáticamente la familia como institución de la sociedad condicionada por leyes económicas, sociales, biológicas y psicológicas donde se establecen características integrales y relaciones en el contexto del hogar. 2,3 Su realización y actualización sistemática posibilita identificar y prevenir riesgos u otros daños a la salud.

Concebirla de forma adecuada en el quehacer diario del nivel primario de atención permite fomentar la confianza básica, seguridad y autoestima que requieren los individuos para la vida; además de intencionar el correcto cumplimiento de las funciones importantes que desarrollan las familias en el desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano. 4 Se hace necesario capacitar a sus profesionales en la correcta concepción, así como la transmisión homogénea de conocimientos asociados a la HSF hacia estudiantes de la carrera Medicina.

Es oportuno destacar que el modelo de HSF y otras actividades asistenciales desde el nivel primario de atención, se proyectan a la comunidad a través de un Equipo Básico de Salud especializado que lleva a cabo el cumplimiento del Programa del médico y enfermera de la familia. Ellos constituyen el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud individual, familiar y medioambiental. 5

A pesar de la relevancia que se le confiere al modelo HSF para el desarrollo docente-asistencial de un área de salud, la ausencia de investigaciones institucionales sobre la temática en cuestión, así como la necesidad de conocer sus características e indicadores estadísticos para el perfeccionamiento de los servicios sanitarios desde el nivel primario de atención, motivaron el desarrollo del actual estudio que tiene como objetivo caracterizar las HSF en un consultorio médico.

**MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el consultorio médico 2 perteneciente al Policlínico universitario “Pedro Borrás Astorga” de la ciudad Pinar del Río, durante octubre a diciembre del 2017. El universo de estudio estuvo constituido por 429 HSF que contemplaron a 1 081 pacientes de dicha área de salud.

Las variables empleadas fueron: características generales (sexo, edad, grupo dispensarial); características socioculturales (nivel educacional, dedicación ocupacional); características familiares (tamaño de la familia, ontogénesis de la familia, generaciones familiares) y características de la dinámica familiar (crisis normativas, crisis paranormativas, problemas de salud familiar e intervenciones educativas realizadas).

Una vez recogida y revisada la información se creó una base de datos mediante la hoja de cálculo Microsoft Excel 2013 para Windows 7. El procesamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó utilizando frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se resumieron en tablas estadísticas para su mejor comprensión y análisis. Fueron respetados los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki para el desarrollo de las investigaciones científicas en salud.

**RESULTADOS**

Relacionado con las características generales de las HSF, predominaron los pacientes del sexo femenino (53,8%), edades de 40 a 59 años (34,3%), así como el grupo dispensarial II (50,9%) (tabla 1).

**Tabla 1.** Características generales de las HSF. Consultorio médico 2. Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”, Pinar del Río. Octubre a diciembre 2017

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Características generales** | **No.** | **%** |
| **Sexo** | | |
| Masculino | 499 | 46,2 |
| Femenino | 582 | 53,8 |
| **Edad (años)** | | |
| ≤19 | 183 | 16,9 |
| 20 a 39 | 260 | 24,1 |
| 40 a 59 | 371 | 34,3 |
| ≥60 | 267 | 24,7 |
| **Grupo dispensarial** | | |
| Grupo I | 16 | 1,5 |
| Grupo II | 551 | 50,9 |
| Grupo III | 492 | 45,5 |
| Grupo IV | 12 | 1,1 |

Respecto a las características socioculturales del estudio prevaleció el nivel educacional técnico medio (33,5%) así como la dedicación ocupacional trabajadores estatales (33,6%) (tabla 2).

**Tabla 2.** Características socioculturales de las HSF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Características socioculturales** | **No.** | **%** |
| **Nivel educacional** | | |
| Técnico Medio | 359 | 33,5 |
| Preuniversitario terminado | 245 | 22,9 |
| Primaria terminada | 185 | 17,3 |
| Secundaria terminada | 134 | 12,5 |
| Otros | 148 | 13,8 |
| **Dedicación ocupacional** | | |
| Trabajadores estatales | 360 | 33,6 |
| Jubilados | 275 | 25,7 |
| Trabajadores cuentapropistas | 213 | 19,9 |
| Población sin edad laboral | 130 | 12,1 |
| Otros | 93 | 8,7 |

Atendiendo a las características familiares primaron las familias medianas según tamaño (56,9%), extensa de acuerdo a la ontogénesis (51,1%) y multigeneracional en relación al número de generaciones (59,7%) (tabla 3).

**Tabla 3.** Características familiares de las HSF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Características familiares** | **No.** | **%** |
| **Tamaño de la familia** | | |
| Pequeña | 28 | 6,5 |
| Mediana | 244 | 56,9 |
| Grande | 157 | 36,6 |
| **Ontogénesis de la familia** | | |
| Nuclear | 186 | 43,4 |
| Extensa | 219 | 51,1 |
| Ampliada o mixta | 24 | 5,5 |
| **Generaciones familiares** | | |
| Unigeneracional | 35 | 8,2 |
| Bigeneracional | 256 | 59,7 |
| Trigeneracional | 126 | 29,4 |
| Multigeneracional | 12 | 2,7 |

En cuanto a las características de la dinámica familiar fueron superiores la presencia de crisis normativas (61,1%), la ausencia de crisis paranormativas (77,4%), las familias sin problemas de salud familiar (80,4%), además de las intervenciones educativas realizadas en las familias (82,7%) (tabla 4).

**Tabla 4.** Características de la dinámica familiar en las HSF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Características de la dinámica familiar** | **No.** | **%** |
| **Crisis normativas** | | |
| Si | 262 | 61,1 |
| No | 167 | 38,9 |
| **Crisis paranormativas** | | |
| Si | 97 | 22,6 |
| No | 332 | 77,4 |
| **Problemas de salud familiar** | | |
| Si | 84 | 19,6 |
| No | 345 | 80,4 |
| **Intervenciones educativas realizadas** | | |
| Si | 355 | 82,7 |
| No | 74 | 17,3 |

**DISCUSIÓN**

La HSF constituye un importante instrumento de trabajo en la atención integral a pacientes, familias y comunidades, un modelo necesario en el análisis y evaluación del proceso salud-enfermedad, una fuente de información en salud, así como un papel protagónico en la toma de decisiones con enfoque interdisciplinario, participativo y flexible.

Se coincide con una investigación realizada por Ramos Monteagudo 6 donde predominó en su estudio la población más adulta, planteando que el envejecimiento en Cuba es resultado de políticas sociales de la Revolución cubana y reflejo del aumento de la calidad de vida y longevidad satisfactoria en la tercera edad: uno de los mayores logros del Sistema Nacional de Salud Pública. En la actualidad se exhiben altos niveles de salud y satisfacción comparables con países desarrollados, siendo necesario no solo aumentar los años de vida sino lograr que esos años se vivan con calidad y bienestar adecuados a partir de una adecuada actualización, control y manejo de las HSF.

Según el Anuario Nacional estadístico de salud 2016 7 el grupo poblacional de 50 a 59 años representó el 14,8% con ligero predominio del sexo femenino. En la provincia Pinar del Río 86 562 se encuentran dentro de la quinta década de vida donde 43 812 son féminas, requiriéndose actividades educativas y preventivas de riesgos a dichos grupos poblacionales mediante el abordaje integral de las HSF.

Dentro de las principales actividades específicas que propicia el empleo de las HSF se encuentra la dispensarización como proceso organizado, continuo y dinámico, de evaluación e intervención planificada con un enfoque clínico, epidemiológico-social sobre el estado de salud en individuos y familias. Atendiendo a ello se coincide con una investigación realizada por Rodríguez Marín, et al 8 quienes en un análisis poblacional predominó el grupo dispensarial III (pacientes enfermos) (41,1%), seguido del grupo dispensarial II (pacientes con riesgos) (40,4%). Ello requiere entonces de un enfoque integrador en la prevención de riesgos y otros daños a la salud, así como el control de enfermedades presentes en la población para evitar complicaciones y consecuencias asociadas.

El elevado nivel educacional de la población estudiada posibilita que exista mayor percepción de riesgos, mejor aceptación y cumplimiento de las acciones sanitarias, así como un positivo desarrollo del proceso salud-enfermedad. Los esfuerzos realizados por el Estado cubano en fortalecer las posibilidades educativas, de superación y capacitación poblacional, permiten mayor calidad de vida y satisfacción, así como una disminución en los casos de morbimortalidad.

Asociado a ello, la dedicación ocupacional prevaleciente en el sector estatal permite un sistemático control de las medidas de seguridad laboral, supervisión de las acciones sanitarias, así como una atención integral y preventiva a las enfermedades profesionales. Las actividades laborales desarrolladas por la comunidad investigada fomentan beneficios a la salud humana, así como fortalecimiento socioeconómico para la familia y sociedad.

Dentro de las crisis normativas predominantes en la investigación destacaron el envejecimiento y jubilación respectivamente. Dichas situaciones transitorias, entre otras existentes, se relacionaron con las etapas del ciclo vital de la familia en Cuba teniendo en cuenta los acontecimientos que la definen, en cuatro etapas esenciales: formación, extensión, contracción y disolución. 9 Los momentos normativos plasmados en las HSF de un Consultorio médico posibilitan comprender no solo la vivencia de situaciones negativas, sino la forma y manera que posee la familia para crecer, desarrollar y superar situaciones o contradicciones existentes con valecencia positiva.

Las crisis paranormativas recogidas en las HSF son las que mayor influencia tienen sobre los adultos mayores. Ellos mismos pueden recibir en su hogar a un(a) hijo(a) divorciado(a) o ser quienes tengan que unirse al grupo familiar de un(a) hijo(a), sufrir la muerte de la descendencia o cónyuge antes del período esperado, sufrir una hospitalización prolongada, enfrentar discapacidad, invalidez o accidente. También se puede presentar dichas crisis ante la pérdida del estatus económico o de la vivienda. 9 Identificar de forma temprana la presencia de estas situaciones no transitorias, así como el adecuado manejo multidisciplinario e integral desde el nivel primario de atención, previene daños a la salud familiar y afecciones en su dinámica.

Para la evaluación de la salud familiar en dicho Consultorio médico se tuvieron en cuenta aspectos como: estructura y composición de la familia, condiciones de vida material, salud de sus integrantes y funcionabilidad familiar. El predominio de las familias sin problemas de salud se debe en gran medida al trabajo preventivo, profiláctico e integral de los profesionales de la salud. Su evaluación permanente desde el nivel primario de atención permite identificar y prevenir posibles riesgos y daños a la integralidad de las familias.

Asociado a ello, se desarrollaron intervenciones educativas con una elevada participación de las familias estudiadas basadas en el funcionamiento familiar, la prevención y control de enfermedades no transmisibles, la vigilancia epidemiológica, el manejo de las patologías transmisibles, así como otras temáticas vinculadas al proceso salud-enfermedad. Su adecuada promoción desde el nivel primario de atención ha disminuido los índices de morbimortalidad e insatisfacción por los servicios sanitarios brindados, repercutiendo en una mayor calidad de vida y modificaciones en los estilo de vista no saludables.

La evolución de las HSF en el Consultorio médico 2 del Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga” ha suscitado importantes cambios en la concepción familiar actual, destacando entre otros: disminución de los índices de fecundidad y número de hijos, reducción del tamaño promedio de la familia, envejecimiento, aumento de uniones consensuales y separaciones; incremento de la tasa de divorcio y maternidad precoz. No cabe duda que el empleo adecuado y manejo de dicho modelo posibilita caracterizar no solo aspectos de índole familiar, sino demográficos, socioculturales, económicos, medioambientales y sanitarios.

Se hace oportuno señalar a los profesionales del nivel primario de atención la necesidad de un adecuado trabajo, manejo y empleo de las HSF en el trabajo asistencial e investigativo de las áreas de salud, así como en el proceso enseñanza- aprendizaje de las presentes y futuras generaciones de galenos. Los tutores en los Consultorios médicos asumen el aprendizaje de las HSF con enfoque multifactorial, metodología didáctica, analizada y valorada bajo el prisma del método científico profesional y como propósito primordial la solución de problemas sanitarios en individuos, familias o comunidades. 10-12

Tiene como reto el Consultorio médico 2 garantizar que se realicen profundos análisis de las HSF para el logro de mejoras en la situación de salud individual, familiar y comunitaria con apoyo multidisciplinario e intersectorial, repercutiendo positivamente en los indicadores del policlínico, la provincia Pinar del Río y el Sistema Nacional de Salud. Su colectivo de profesionales enfatiza el empeño de trabajar en su adecuado empleo, así como desarrollar su informatización en un futuro no lejano.

**CONCLUSIONES**

Se caracterizaron las historias de salud familiar del Consultorio médico 2 a través de sus características generales, socioculturales, familiares y su dinámica. El adecuado empleo de dicho modelo desde el nivel primario de atención, posibilita identificar aspectos culicuantititativos de las familias, así como prevenir, identificar e intervenir riesgos y otros daños a la salud familiar.

**Conflicto de intereses**

Los autores no expresan conflicto de intereses

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. López Espinosa GJ, Navarro Aguirre L, López Castellanos D, Rodríguez Hernández M, Quintana Mujica R, Rodríguez Cruz O. Satisfacción de los actores con el proceso de enseñanza-aprendizaje en el Proyecto Policlínico Universitario. EDUMECENTRO [Internet]. 2012 [citado 4 Ene 2018]; 4(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/168/337>
2. Jaime Valdés LM, Pérez Guerra LE, Rodríguez Díaz M, Vega Díaz T, Díaz Rivas I. Caracterización del funcionamiento familiar en el paciente alcohólico. Rev Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [citado 4 Ene 2018];8(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/41/140
3. Cid Rodríguez MC, Montes de Oca Ramos R, Hernández Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 4 Ene 2018];36(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1108/html
4. **Martín Suárez MA, Díaz Bringas M,Sánchez Lozada M, Fernández Cárdenas EJ, Carrillo Alfonso MT,Guasch Almeida T.Caracterización de la salud familiar en estudiantes de Medicina.** Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 4 Ene 2018];37(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1258>
5. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián MC. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. Rev Cubana Med Gen Integr  [Internet]. 2014  Sep [**citado 6 Ene 2018**];  30(3): 364-374. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es
6. Ramos Monteagudo AM. Envejecimiento de la población en Cuba: logros vs desafíos. AMC [Internet]. 2016 [citado 6 Ene 2018];20(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4371>
7. Anuario Estadístico 2016 [Internet]. 2016 [citado 6 Ene 2018]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario\_Estad%C3%ADstico\_de\_Salud\_e\_2016\_edici%C3%B3n\_2017.pdf
8. Rodríguez Marín O, Mellor Duarte L, Arias López Y, Quiñones Rodríguez MC. **Análisis de la situación de salud en el Consultorio No. 32 del Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila. Rev Mediciego [Internet]. 2013 [**citado 6 Ene 2018**];**19(Supl.1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-13.html>
9. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 [citado 7 Ene 2018];33(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
10. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. La educación médica cubana. Su estado actual. Revistade Docencia Universitaria. REDU [Internet]. 2012 [citado 7 Ene 2018];10: 293-326.Disponible en: <http://red-u.net/redu/index.php/REDU/article/view/477>
11. Fernández Sacasas JA. Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy**.** EDUMECENTRO [Internet]. 2012 [citado 7 Ene 2018];4(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en:<http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/160/323>
12. Espinosa Brito AD. Desde Hipócrates, la influencia del maestro ha sido esencial en laenseñanza del método clínico. EDUMECENTRO [Internet]. 2011 [citado 7 Ene 2018];3(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/111/225>

*Dr. Raidel González Rodríguez*. Calle Máximo Gómez 132 entre Colón y Avenida Rafael Ferro. Pinar del Río, Cuba. [raidelgonzalez@infomed.sld.cu](mailto:raidelgonzalez@infomed.sld.cu)