

Identificación de factores de riesgo en un área de salud del municipio Cerro, La Habana.

Pérez Carrasco, Dalmis¹
Fernández Díaz, Jordano Ulises²

¹ Escuela Latinoamericana de Medicina/Departamento de Ciencias Morfológicas, La Habana, Cuba, dalmispc@infomed.sld.cu

² FCM Salvador Allende/Estudiante de segundo año de Medicina, La Habana, Cuba

Resumen: **Introducción:** La identificación de factores de riesgo en una comunidad condiciona la ejecución de acciones de salud en pos del mejoramiento de la salud en la población. **Objetivo:** Identificar los principales factores de riesgos y daños a la salud de un área de salud del municipio Cerro, La Habana. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en un consultorio del Policlínico Docente “Antonio Maceo”, del municipio Cerro, de septiembre a diciembre del 2017, a una población de 101 individuos agrupados en treinta familias, con el objetivo de identificar los principales factores de riesgos y daños a la salud de los miembros de las familias en estudio. **Resultados:** Se observó que la mayoría de las familias son pequeñas y nucleares, en etapas de formación y extensión. La población es relativamente joven, con un nivel de vida aparentemente adecuado, aunque existe un número importante de personas consumidores de alcohol y tabaco. Por otra parte, se identificaron la contaminación del aire y la presencia de insectos como factores ambientales a tener en cuenta en los análisis de salud de la población en estudio. **Conclusiones:** Los principales factores de riesgo identificados en la comunidad estudiada fueron los relacionados con los estilos de vida, socioeconómicos y ambientales, representados por el consumo de tabaco y alcohol, nivel socioeconómico Regular, contaminación del aire y presencia de mosquitos. La mayoría de los individuos se ubican en el grupo dispensarial II, dada la presencia de al menos un factor de riesgo en casi la totalidad de los individuos.

Palabras clave: Factores de riesgo, familia, prevención en salud, promoción de salud.

I. INTRODUCCIÓN

En la década de los 50, Cuba mostraba una situación de salud típica de un país subdesarrollado, caracterizada entre otros elementos, por ofrecer una atención primaria que no iba más allá de escasos servicios que daban cobertura a una reducida parte de la población y con un enfoque fundamentalmente curativo. Con el triunfo revolucionario en el año 59, se puso en marcha el proceso de elevar la calidad de vida de la población, partiendo de los principios de gratuidad y accesibilidad. Es en la década de los 60 cuando se pone en práctica el modelo de Policlínico Integral, con una asistencia médica garantizada en los policlínicos y atención de terreno llevada a cabo por enfermeras y trabajadores sanitarios, dando solución a los principales problemas de salud de la época, con un enfoque médico integral, preventivo y curativo y la aplicación de programas básicos de salud personal y ambiental. Hasta 1968 existieron, además, las llamadas clínicas mutualistas. En respuesta a los cambios propios de una sociedad en construcción, el Sistema Nacional de Salud implementó un nuevo modelo de atención, denominado Modelo de Medicina Comunitaria, que, sobre la base del modelo anterior, incorporó nuevos procedimientos que permitieron avances en la atención primaria. En esta nueva forma de atención se incorporan los especialistas, sicólogos y Residentes de primer año de las tres especialidades básicas en la comunidad, o sea, Medicina Interna, Ginecobstetricia y Pediatría, lo que convirtió al policlínico además, en un centro de docencia médica superior.(1) En 1984 surgen en Cuba los Consultorios del Médico de la Familia (CMF), con la nueva concepción de llevar la atención primaria y preventiva a todos los rincones del país. Con la puesta en marcha del proyecto "Revolución", la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en Cuba cobra mayor sentido en el orden práctico. Es incuestionable el salto de calidad que ello implica y la satisfacción que generan estas transformaciones entre la población, sin contar el ahorro de tiempo y recursos que entraña.(2)

Uno de los principios que rigen el trabajo de este modelo de atención a la población es el trabajo con los factores de riesgo para, actuando sobre ellos, garantizar la adquisición de niveles de salud cada vez más elevados. Se considera un riesgo la probabilidad de sufrir un daño, enfermar o morir de una afección o accidente, en medio de circunstancias que estén incidiendo en personas, comunidades o ambiente. Un factor de riesgo es, entonces la característica que le confiere al individuo la susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud.(3) Han sido clasificados atendiendo a diversos criterios, entre los que se manejan con mucha fuerza los relacionados con su origen y que los separa en cuatro grandes grupos: 1- Relacionados con los estilos de vida, 2- Biológicos, 3- Ambientales, y 4- Socioeconómico.

Un papel preponderante en la lucha contra los factores de riesgo y la elevación del estado de salud de una población, lo juega la familia como célula fundamental de la sociedad, que garantiza la vida organizada y armónica del individuo y que, económicamente, constituye una unidad de producción y reproducción de bienes y valores materiales. Cumple con tres funciones primordiales: Biosocial, Económica y Educativo-cultural. Tomando como referencia la estructura de la familia, esta puede ser clasificada según diferentes criterios. Los más utilizados en la APS son:

- A) Por el número de miembros: Grande, Mediana y Pequeña
- B) Por la ontogénesis: Nuclear, Extensa o extendida y Mixta o ampliada.(4)

Se conoce como ciclo vital familiar el proceso de desarrollo que recorre la familia, donde se distinguen etapas marcadas por la ocurrencia de acontecimientos significativos de la vida. Es un proceso que comienza con la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte de ambos progenitores, y son los descendientes quienes le dan continuidad al ciclo. Estos eventos producen un impacto que in-

cluye repercusiones afectivas, cognitivas y conductuales en el individuo, dado por el significado que este les atribuya y en dependencia de la percepción de eficacia que el individuo tenga sobre el control del acontecimiento, lo que genera una repercusión familiar variable, más allá de la intensidad del impacto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce 4 etapas del ciclo vital de la familia, cada una de ellas con sus propios acontecimientos vitales y posibles conflictos, a saber: Formación e integración, Extensión, Contracción y Disolución.(5)

El paso de una etapa a otra del ciclo vital supone crisis, y a este tipo se ha denominado crisis normativas de desarrollo o transitorias, ya que dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo y del enfrentamiento a los acontecimientos normativos que le ocurren a toda familia en su proceso de desarrollo. Las crisis derivadas de los acontecimientos accidentales pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo y afectan de manera muy variable en dependencia de las características y principios de cada familia, estas crisis se denominan paranormativas, accidentales o no transitorias, ya que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital y pueden clasificarse según la estabilidad en crisis por incremento de miembros o por desmembramiento. Según el efecto que causan en la dinámica familiar y en la subjetividad individual se clasifican también en crisis de desmoralización o de desorganización

Desde su propia creación, el Programa del Médico y la enfermera de la Familia, tiene a su cargo el registro, agrupamiento y control de las personas y familias a él asignadas, clasificadas en supuestamente sanas, en riesgo, enfermas y con secuelas, conocido como dispensarización, que garantiza de manera dinámica y continua la evaluación e intervención para mantener en niveles deseables el estado de salud de la comunidad.(5)

Puesto que las situaciones de las familias y sus miembros transcurren de forma dinámica, se hace necesaria una constante actualización de los principales elementos a valorar que permita trazar acciones de promoción y prevención de salud contextualizados a la población en cuestión. Por otra parte, la mayoría de los factores de riesgo son modificables, lo que le da la posibilidad al personal de salud de ejecutar acciones preventivas con resultados satisfactorios, ya sea de forma individual o colectiva. Por concepto, el término Prevención se refiere a la acción de prepararse y disponerse anticipadamente para evitar un riesgo,(6) y, por extensión, serían todas aquellas acciones del personal de salud que se realicen con el fin de impedir la aparición, desarrollo y prolongación de situaciones de salud de todo tipo, desde el individuo en particular hasta grandes grupos poblacionales. Este proceso parte de la identificación de amenazas, enfermedades y riesgos en general, sobre los cuales se establecen barreras que impidan la aparición o el avance de las enfermedades, según sea el caso, con un resultado final paralelo relacionado con la disminución de los costos por concepto de tratamiento, control y rehabilitación. Las acciones de prevención en salud pueden realizarse de forma individual, colectiva y/o administrativa, y se dirigen en cuatro niveles básicos:

- 1- Primordial: Evitar el surgimiento y consolidación de patrones de vida social, económica, cultural y del ambiente físico que contribuyan a elevar el riesgo de enfermedad.
- 2- Primario: Disminuir la incidencia de la enfermedad, o sea, evitar la aparición de nuevos casos.
- 3- Secundario o de progresión: Disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población para reducir su evolución y duración.
- 4- Terciaria o rehabilitación: Recuperar las capacidades perdidas del paciente con secuelas que lo invalidan o lograr nuevas y más eficientes capacidades, a partir de las residuales, así como la restauración de la salud mental y social.(3,7)

A partir del estudio realizado en las áreas de salud por los estudiantes de Medicina, como parte de la asignatura Prevención en Salud, se realiza el presente trabajo, cuyo **objetivo** es:

- Identificar los principales factores de riesgos y daños a la salud de un área de salud del municipio Cerro, La Habana.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el consultorio #3 del Policlínico Docente “Antonio Maceo”, ubicado en el municipio Cerro, en el período de septiembre a diciembre del 2017. La población a estudiar estuvo constituida por la totalidad de las familias dispensarizadas en el mencionado consultorio. Se tomó como muestra treinta familias, con un total de 101 individuos. Para la recogida de la información se utilizó la Historia de Salud Familiar, Modelo 54-50-02, del Ministerio de Salud Pública. Los datos se obtuvieron a partir de las entrevistas realizadas a, al menos, uno de los miembros de las familias seleccionadas, siempre con su consentimiento una vez al tanto de cuanto fue necesario para comprender la importancia de su colaboración. Los datos se procesaron en el paquete estadístico PSPP para UBUNTU, en una base de datos elaborada al efecto, y se calcularon porcentajes y medias aritméticas según las variables descritas.

III. RESULTADOS

Para identificar posibles factores de riesgo, se realizó una caracterización de las familias, donde se identificó que la mayoría son del tipo Nuclear (70%), Pequeña (70%), y en fases de Formación y Extensión, según los criterios de clasificación antes mencionados, tal y como muestran las Tablas 1 y 2.

Tabla 1: Comportamiento de las familias según tipo de familia.

Tipo de familia		
Según ontogénesis	FA	%
Nuclear	21	70
Extensa	8	26,67
Ampliada	1	3,33
Total	30	100
Según número de miembros	FA	%
Grande	1	3,33
Mediana	8	26,67
Pequeña	21	70
Total	30	100

Tabla 2: Etapas de la familia según ciclo vital.

Etapas de la familia según ciclo vital.	FA	%
Formación	10	33,3
Extensión	10	33,3
Contracción	7	23,3
Disolución	3	10
Total	30	100

Se destaca que la mayoría de las familias estudiadas están compuestas por matrimonios con un hijo, con un comportamiento similar al de la población en general, donde se identifica que en Cuba existían 1,63 hijos por mujer en el año 2016.(8)

En cuanto a la identificación de factores de riesgo, las Tablas 4-7, muestran el comportamiento según su clasificación. La Tabla 4 muestra los factores de riesgo biológicos identificados, donde se destaca el hecho de que predomina el grupo etáreo de 25-59 años de edad (63,37%), o sea que se trata de una población relativamente joven. La Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) e Hipercolesterolemia, no se identifican como problemas en la muestra estudiada, dada su baja incidencia (16,8%, 4% y 0, respectivamente). Pero, teniendo en cuenta que son afecciones propias de la población cubana (8), se impone su seguimiento, reforzado con acciones encaminadas a evitar su incremento y/o aparición.

Tabla 4: Distribución de los pacientes según factores de riesgo biológicos.

Edad	FA	%
1-4	2	1,98
5-9	3	2,97
10-14	3	2,97
15-19	4	3,96
20-24	7	6,93
25-59	64	63,37
60-64	5	4,95
>=65 años	13	12,87
Total	101	100
Sexo	FA	%
Femenino	53	52,5
Masculino	48	47,5
Total	101	100
HTA	FA	%
Si	17	16,8
No	84	83,1
Total	101	100
DM	FA	%
Si	4	4
No	97	96
Total	101	100
Hipercolesterolemia	FA	%
Si	0	0
No	101	100
Total	101	100

La Tabla 5 muestra el comportamiento de los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida, donde se observa que el alcoholismo (42,5%) y el tabaquismo (36,6%), si bien no están presentes en la mayoría de los individuos, deben ser objeto de atención por el personal de salud del área, debido al posible incremento de estos factores, teniendo en cuenta los grupos etáreos identificados, donde debe existir una tendencia al incremento de la incorporación a la vida laboral y social, con el consecuente aumento de las situaciones de estrés, el consumo de alcohol y tabaco y cambios en los hábitos alimentarios.

Tabla 5: Distribución de los pacientes según factores de riesgo relacionados con los estilos de vida.

Tabaquismo	FA	%
Si	37	36,6
No	64	63,4
Total	101	100
Alcoholismo	FA	%
Si	43	42,5
No	57	56,4
Total	101	100
Sedentarismo.	FA	%
Si	25	24,75
No	76	75,25
Total	101	100
Obesidad	FA	%
Si	22	21,78
No	79	78,22
Total	101	100
Estrés.	FA	%
Si	40	39,60
No	79	60,40
Total	101	100
Tipo de alimentación	FA	%
Adecuada	56	55,44
No adecuada	44	43,56
Total	101	100

Tabla 6: Distribución de los pacientes según factores de riesgo relacionados con los factores socioeconómicos.

Ocupación	FA	%
trabajador	39	38,61
estudiante	16	15,84
ama de casa	12	11,88
jubilado	8	7,92
desocupado	2	1,98
servicio militar	1	0,99
recluso	1	0,99
<5 años	3	2,97
Total	101	100
*Nivel económico	FA	%
Bueno	6	20
Regular	24	80
Malo	0	0
Total	30	100
*Hacinamiento	FA	%
Si	2	6,7
No	28	93,3
Total	30	100

Como muestra la Tabla 6, acerca de los factores de riesgo socioeconómicos, la mayoría de los individuos pertenecen a los grupos de trabajadores y estudiantes (38,61% y 15,84% respectivamente), lo que

se corresponde con la distribución de las edades en este grupo poblacional. Solamente se identifican como no incorporados a actividades sociales dos desocupados y un recluso, por lo que no se considera este un problema de salud. Tampoco se aprecia el hacinamiento como dificultad, puesto que solamente se identificaron dos de las familias en esta situación. Sin embargo, en este grupo se declara al 80% de las familias encuestadas como de nivel económico Regular, elemento este que, aunque obviamente la solución no es de la competencia exclusiva del equipo de salud, sí debe ser seguido de cerca, por ser generador de estrés, depresión, trastornos en la alimentación, situación higiénica desfavorable, adicciones, posibles conductas delictivas, todos ellos elementos propiciadores de afectaciones a la salud individual y colectiva.

Tabla 7: Distribución de las familias según factores de riesgo relacionados con factores de riesgo ambientales.

Aire	FA	%
Si	22	73,3
No	8	26,7
Total	30	100
Presencia de insectos y roedores.	FA	%
Si	16	53,3
No	14	46,7
Total	30	100

La Tabla 7 muestra la presencia de factores de riesgo de tipo ambiental identificados en la comunidad estudiada. Se constata que las dificultades están centradas en la contaminación del aire y la presencia de vectores, fundamentalmente mosquitos. En el primer caso, se identifica que la mayoría de las viviendas se ubican muy cercanas a una calzada y a una terminal de ómnibus, por lo cual se registra un tránsito constante de todo tipo de transporte terrestre, con la consiguiente expulsión de gases a la atmósfera. Otro elemento negativo es la presencia de mosquitos en más o menos la mitad de las viviendas donde, independientemente de que en la entrevista se expusieron elementos relacionados con la vegetación circundante y otros ajenos a las condiciones a las viviendas, la autora considera que también influye la sistematicidad y responsabilidad con que la familia asume el autofocal como una tarea doméstica más. No se identificaron problemas relacionados con el agua, el suelo, ni la disposición de residuales sólidos en el área.

Tabla 8: Distribución de los pacientes según grupo dispensarial.

Grupo dispensarial	FA	%
Grupo I	21	20,79
Grupo II	48	47,52
Grupo III	29	28,71
Grupo IV	3	2,97
Total	101	100

En la Tabla 8 se observa que, teniendo en cuenta los elementos identificados en los individuos dispensarizados, la mayoría están incluidos en el Grupo II, lo cual se explica por sí solo, partiendo de los resultados analizados previamente, donde se muestra que se trata de una población relativamente joven, activa socialmente, donde se identifican factores de riesgo en casi la totalidad de los individuos.

IV. CONCLUSIONES

- Los principales factores de riesgo identificados en la comunidad estudiada fueron los relacionados con los estilos de vida, socioeconómicos y ambientales.
- El consumo de tabaco y alcohol son factores de riesgo relacionados con los estilos de vida, con elevada incidencia en la población estudiada.
- El nivel socioeconómico Regular constituye el principal factor de riesgo de tipo socioeconómico identificado en la comunidad estudiada.
- Entre los factores de riesgo ambientales se identifican con mayor presencia en la comunidad seleccionada los relacionados con la contaminación del aire y presencia de mosquitos.
- La mayoría de los individuos de la población estudiada se ubican en el grupo dispensarial II, dada la presencia de al menos un factor de riesgo en casi la totalidad de los individuos.

REFERENCIAS

-
- 1- Álvarez R. Medicina General Integral en Cuba. Síntesis. En: Álvarez R, editor. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.91-9.
 - 2- Lemus ER, Borroto R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Médicos de Familia. En: Álvarez R, editor. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.61-76
 - 3- Reyes M, Sánchez L, del Puerto C, Trujillo M, Moreno C, Cruz A. Determinantes del estado de salud. En: Toledo G, editor. Fundamentos de Salud Pública 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p. 178-86
 - 4- Louro I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En: Álvarez R, editor. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.533-54
 - 5- Álvarez R. Dispensarización. En: Álvarez R, editor. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.100-4
 - 6- Montano JA, Prieto VI. Factores de Riesgo y enfoque preventivo. En: Álvarez R, editor. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.369-76.
 - 7- Reyes M, Garrido RJ. Promoción de salud. En: Toledo G, editor. Fundamentos de Salud Pública 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p.547-53.
 - 8- Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2016. La Habana (Cuba); 2017