

Diagnóstico psicosocial comunitario como herramienta de trabajo en la Atención Primaria de Salud

The Community Psychosocial Diagnosis as a Tool for Working on Primary
Healthcare

Clara Pérez Cárdenas^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5105-6918>

Yanitza Roja Guerra¹ <https://orcid.org/0000-0002-1411-6245>

Leidy Cruz Forteza¹ <https://orcid.org/0000-0001-9134-6063>

Yaira Antigua Chacón <https://orcid.org/0000-0003-0911-535X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Docente “Dr. Mario Escalona Reguera”, Alamar. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: clapecar@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La evaluación comunitaria es una herramienta útil en el trabajo asistencial, y existen pocas referencias de esta en la literatura. Es un reto para los profesionales de la salud recuperar el sentido psicológico de comunidad, esencial para resultados exitosos en la promoción de salud. Se necesita conocer los problemas psicosociales de nuestras comunidades y sus valoraciones al respecto, tarea posible con diagnósticos psicosociales que trasciendan el formalismo.

Objetivo: Caracterizar aspectos psicosociales de la comunidad.

Métodos: Investigación cuanti-cualitativa, descriptiva, no experimental y transversal desarrollada en la población atendida por tres consultorios médicos del Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera", entre febrero y junio del 2016. Se realizaron entrevistas, se utilizó el Análisis de la Situación de Salud e Historias de Salud Familiar de los consultorios para la información primaria.

Resultados: Población mayormente de adultos medios y trabajadores. Se identificaron problemas en la recolección de residuales sólidos. Prevalció baja percepción de riesgo y comportamientos inadecuados ante algunas orientaciones de salud comunitaria. Se practicaba religión yoruba, católica y protestante. Se reconocieron inicio precoz de relaciones sexuales en adolescentes y patrones de crianza educativa inadecuados. Las familias eran mayormente pequeñas, bigeneracionales y nucleares, con dificultades en la comunicación y el desempeño de roles.

Conclusiones: El diagnóstico permitió elaborar planes de acciones educativas efectivas para minimizar las situaciones problemas identificadas. En esta comunidad permitió orientarse a intervenciones psicoeducativas en las escuelas de enseñanza media y en grupos de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras clave: Comunidad; diagnóstico /psicología; Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Community health assessment is a tool useful in healthcare work, and there are few references to it in the literature. To recover the psychological sense of community is a challenge for health professionals, essential for successful outcomes in health promotion. We need to know the psychosocial problems of our communities and their assessments in this regard, a task that is possible with psychosocial diagnoses transcending formalism.

Objective: To characterize psychosocial aspects of the community under study.

Methods: Quanti-qualitative, descriptive, non-experimental and cross-sectional research carried out with the population cared for by three family medicine offices of Dr. Mario Escalona Reguera Teaching Polyclinic, between February and June 2016. Interviews were conducted, the analysis of the health situation and family health history of the family medicine offices was used for primary information.

Results: A population mostly made up of adults at average age and workers. Problems were identified in solid-waste collection. Low risk perception and inappropriate behavior prevailed concerning some community health guidelines. The Yoruba, Catholic and Protestant religions were practiced. Early onset of sexual relations in adolescents and inadequate educational upbringing patterns were recognized. The families were mostly small, bi-generational and nuclear, with difficulties in communication and role play.

Conclusions: The community under study was characterized psychosocially. The diagnosis allowed the development of plans for educational actions, effective to minimize the problematic situations identified. In this community, it was possible to focus on psychoeducational interventions in junior high schools and in groups of patients with chronic noncommunicable diseases.

Keywords: community; diagnosis/psychology; primary health care.

Recibido: 12/03/2019

Aceptado: 05/08/2019

INTRODUCCIÓN

La existencia en comunidad es una necesidad de los hombres como única alternativa posible para garantizar la producción material y los bienes requeridos para vivir. La aparición del lenguaje como instrumento comunicativo para el trabajo colectivo propició que la coexistencia comenzara a reportar al hombre significaciones, símbolos y sentidos que constituyen el núcleo dinámico de las raíces de la cultura contemporánea.

El vocablo comunidad tiene su origen en el término latino *communitas*. Hace referencia a la característica de común, y permite definir a diversas clases de grupos.⁽¹⁾ Es el conjunto de personas que residen en un mismo espacio o territorio geográfico, que sustentan, mayoritariamente, ideales, creencias y costumbres, valores e idioma y que manifiestan grado de satisfacción de sus necesidades, teniendo poder interno para tomar decisiones en la solución de sus problemas. Tienen diversos elementos en común: territorio que habitan, tareas, valores, roles, idioma y en ocasiones la religión.⁽²⁾

No se descarta la posibilidad de que haya desigualdades y diferencias económicas, sanitarias y sociales. “La articulación social no es única y piramidal, sino que es más un entramado de redes personales y sociales”. Para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito comunitario se enfatizan las características higiénicas, epidemiológicas, que existan en ese espacio geográfico comunitario.⁽³⁾

Se debe recuperar o reconstruir el sentido psicológico de la comunidad; es un reto actual importante de los profesionales de la salud. En este sentido los residentes de Psicología de la Salud tienen como tarea priorizada de su primer año, la elaboración del diagnóstico psicosocial de comunidad atendida por uno de los consultorios que el tutor les designe (anexo 1) y en segundo año desarrollan intervención comunitaria a partir de esos resultados anteriores.

En este trabajo se propone la caracterización de aspectos psicosociales de la comunidad atendida por tres consultorios de médicos de familia.

MÉTODOS

Investigación cuanti-cualitativa, descriptiva, no experimental y transversal, desarrollada entre febrero y junio del año 2016. Se trabajó con la población atendida por tres consultorios médicos del área de salud del Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera", en Alamar, La Habana. En un primer momento se exploraron datos sociodemográficos, modos y estilos de vida predominantes, funcionamiento familiar, problemas de salud familiar en los grupos estudiados y necesidades reales y sentidas de la población en general. Los resultados permitieron identificar qué acciones tendrían mayor grado de efectividad para desarrollar en ese espacio geográfico específico de residencia, con técnicas tales como entrevista, observación, FF-SIL (para aspectos relacionados con las familias). Se estudió el universo de 722 familias.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Modo de vida de la comunidad: Se consideraron aquellas condiciones materiales en la que desarrolla su vida la población que reside en la comunidad. Se tuvo en cuenta disponibilidad y acceso a salud, educación, recreación y conducta social que caracteriza a la población asentada en ese espacio geográfico.
- Estilos de vida predominantes: Conductas individuales. Tuvimos en cuenta las más distintivas por frecuencia de aparición en los pobladores.
- Problemas de salud familiar: Eventos o situaciones familiares que afectan la dinámica de este grupo social, reconocidos o no por la propia familia.
- Necesidades sentidas de la población estudiada: Consideramos a todas las carencias identificadas por la comunidad que afectan su calidad de vida.

Los métodos para recogida de información fueron: el análisis de la Situación de Salud (ASS) de cada consultorio; documento elaborado por el equipo primario de salud. Aparecen datos de morbi-mortalidad, determinantes de salud a partir de condiciones higiénicas sanitarias de la población entre otros aspectos. Historias de Salud Familiar: Recogen información de salud de los grupos familiares atendidos en cada consultorio (cultura sanitaria y aspectos importantes para interactuar con las familias como su etapa evolutiva, sus crisis) y de sus integrantes (grupo dispensarial, problemas de salud diagnosticados). Estos datos son actualizados por el equipo primario en su visita al grupo familiar. Entrevistas a líderes formales e informales (que tuvieran residencia permanente durante los últimos 5 años en la localidad) y a familias seleccionadas (anexo 2): Realizadas para precisar problemas identificados por la comunidad y qué situaciones se erigían como necesidades para esta comunidad estudiada. FF-SIL: Instrumento elaborado por autoras cubanas que permite una visión de la calidad de las relaciones interpersonales hacia lo interno del grupo familiar (anexo 3).

Concluido el diagnóstico, se utilizó técnica de Ranqueo para priorizar los problemas de las comunidades y en consecuencia, intervenir en la solución de los mismos con mayor efectividad.

Todos los participantes fueron informados de los propósitos del estudio, enfatizando el carácter anónimo y la relevancia de sus resultados para la ayuda profesional posterior. Se destacó la actitud de no crítica de su actuar ni de sus planteamientos. Quedó confirmada la voluntad a participar mediante su consentimiento informado.

RESULTADOS

Entre los elementos que integran el modo de vida de la comunidad está su establecimiento desde hace más de 30 años, con viviendas estructuradas en edificios. La población mayormente se encontraba en etapa de adultez media y con nivel de escolaridad medio. Apareció mayor frecuencia de dispensarizados en el grupo III y en cuanto a la religiosidad coexisten los yorubas y católicos.

La población utilizaba el transporte público para entrar o salir del territorio. Refirieron telefonía pública y particular aún no suficiente y déficit de instituciones culturales y de servicio, además, dificultades con la existencia de micro vertederos.

Generalmente había vínculo laboral o escolar en los integrantes con edades propias para una u otra actividad. La población no se caracterizó por realizar ejercicios físicos, sino que dedicaba su tiempo libre al consumo de “paquetes televisivos” y video juegos. Se constató aumento de las relaciones sexuales en adolescentes y patrones de crianza infantil inadecuados, basados en permisividad, sobreprotección e inconsistencia educativa.

Los líderes formales e informales no identificaron trastornos escolares. Tampoco se refirieron suicidios en el periodo estudiado. Sin embargo, sí se identificaron una alta frecuencia de divorcios y un bajo número de embarazadas adolescentes. Un problema en ascenso fue el consumo de tabaco y alcohol.

La comunidad cumplía con orientaciones en cuanto a realización del autofocal como parte de acciones de salud dirigidas a evitar enfermedades provocadas por vectores. Sin embargo, no facilitaban la realización de la pesquisa de febriles realizada por los trabajadores de salud (médicos, enfermeras u otro personal indicado) que visitan sus hogares ni la fumigación a las viviendas.

La comunidad no tenía agrupaciones comunitarias que facilitaran las acciones de promoción de salud para número mayor de pacientes en momentos claves del desarrollo de estos (adolescencia, periodo de embarazo y adultez mayor).

Se identificaron como estresores: problemas con el abasto de agua, distancia a la que se encuentra la atención secundaria de salud con relación a la comunidad, dificultades con la recogida de desechos sólidos, con el transporte, la telefonía y con la adquisición de los medicamentos. Las necesidades sentidas para ellos fueron: la necesidad del control de conductas adictivas en ascenso (consumo de alcohol, hábito de fumar), disminución o eliminación de micro vertederos, falta de espacios para recreación. Se consideró alto el número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), fumadores y la existencia de baja percepción de riesgo a enfermar. Había pobre participación comunitaria en la solución de sus problemas.

En el estudio de las familias se corroboró que estos son grupos pequeños y, en segundo lugar, medianos. Prevalcieron en primer lugar familias bigeneracionales, sin ser despreciable la cifra de familias donde conviven tres generaciones. De acuerdo a ontogénesis hay predominio de familias nucleares.

A partir de los resultados del FF-SIL (Tabla), se constataron las familias funcionales, 86,8 % de las que residen en la zona 1 (entre las que aparecen como indicador de funcionamiento familiar afectado la permeabilidad), y entre las familias residentes de la zona 11, 62,8 % son

diagnosticadas como funcionales (el indicador de funcionabilidad afectado es la comunicación familiar). Es común para ambos grupos de familias funcionales la afectación en el desempeño de los roles. En segundo lugar y en un 50 % de las familias residentes en la zona 5 aparecen grupos familiares moderadamente funcionales.

Tabla- Diagnóstico de las dinámicas familiares

Variables Comunidad	Dinámica de relaciones interpersonales en las familias						Variables del funcionamiento con dificultades
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Zona 1 (N=209)	181	86,8	23	10,9	5	2,3	Permeabilidad / Roles
Zona 5 (N =236)	104	44	120	51	12	5	Roles Comunicación
Zona 11 (N=277)	174	62,8	103	37,14	***	NS	Roles Comunicación

Con estos resultados, se definió que hay problemas identificados y necesidades sentidas modificables, más si se tiene en cuenta que no se precisa de grandes recursos para trabajar en ese sentido.

En el siguiente cuadro de contenido (Cuadro) se ejemplifica el plan de acciones previsto para desarrollar en esta comunidad para uno de los problemas identificados.

Cuadro- Plan de acción

Problema identificado	Acción de salud	Objetivo	Responsable	Fecha de cumplimiento
Cifras elevadas de pacientes con ECNT en la comunidad.	Intervención psicoeducativa con pacientes identificados	Favorecer la apropiación de conocimientos sobre la enfermedad y recursos psicológicos en los pacientes para afrontarla de forma consciente y responsable.	-Equipo Primario de Salud del consultorio -Psicólogo	Corto plazo
	Intervención psicoeducativa con pacientes en riesgo	Modificar de forma descendente el incremento de pacientes con enfermedades de este tipo.	-Equipo Primario de Salud del consultorio -Psicólogo	Corto plazo

DISCUSIÓN

Alamar es considerada una “ciudad dormitorio”. Existen muy pocos centros de trabajo y la mayoría de la población tiene que salir a realizar sus actividades laborales y recreativas en general fuera del espacio geográfico en el que residen.

Dentro de las condiciones de vida se corroboró el acceso a la atención de salud a través de los consultorios médicos, que lo valoran satisfactoriamente por la atención de salud recibida en los mismos. Esto está favorecido desde las transformaciones en la APS (Atención Primaria de Salud) con el “Proyecto Revolución”, salto de calidad en la atención que se brinda en el propio Policlínico y la consecuente satisfacción que generan entre la población.

Existe insatisfacción con la frecuencia de los ómnibus y con la instalación de teléfonos tanto particulares como de uso común (lo que se ha ido transformando favorablemente de manera paulatina). Consideraciones verbalizadas, frecuentemente por parte de la población, apuntan a responsabilizar totalmente a las instituciones estatales por sus condiciones de vida y a cierta impermeabilidad en las familias cuando evitan intercambios para evitar intromisiones en sus vidas familiares. Ejemplos de lo planteado son: “Solo comunales es responsable de la presencia de los micro vertederos en las calles”; “Si otras organizaciones no nos apoyan, nosotros no podemos hacer nada”; “Las opciones recreativas dependen solo de la existencia de centros culturales”; “Si le doy un consejo a alguna madre sobre cómo está criando a su hijo, después se cree en el derecho de opinar de mi vida familiar”.

Estas expresiones apuntan a cuántas acciones pueden desarrollarse en la comunidad. Algunas en coordinación con otros sectores (comunales, cultura, acueducto). En otras, potenciando las de promoción y prevención propias del equipo primario de salud de los consultorios que han identificado en qué y cómo poder actuar de manera efectiva en la población atendida.

Es una comunidad donde la población en edad laboral tiene generalmente vínculo de este tipo. Los identificados como no trabajadores alegan recibir remesas familiares, por lo que no sienten la necesidad de trabajar. Existe grupo que argumenta estar en trámites legales finales para salida del país. En todos los casos identificados se han ido desarrollando acciones encaminadas al cuidado que deben tener las familias en aras de evitar conductas sociales futuras de sus descendientes desviadas de lo socialmente aceptado en cualquier latitud donde se encuentren. Es necesario demostrar, a estos grupos en específico, el papel educativo que tiene la familia por sobre cualquier otra institución educativa.

Es de suma importancia tener en cuenta este aspecto en actividades educativas en la comunidad, por ser en la actualidad un fenómeno frecuente. La satisfacción de las necesidades materiales y espirituales son dos de las funciones básicas de la familia. La remesa recibida pudiera estar cumpliendo con la primera de las funciones familiares mencionada, sin embargo, la tarea educativa de esa familia pudiera desmoronarse; no se está asumiendo como apoyo, si no como entrada única de la familia y los descendientes tendrán aprendizaje distorsionado del actuar de figuras parentales irresponsables.

La población estudiada no realiza ejercicios físicos y la actividad que fundamentalmente realizan en su tiempo libre es ver video juegos y los conocidos “paquetes” televisivos. Esta es una opción positiva pero riesgosa, porque los padres desconocen el contenido de los programas que verán sus hijos. Es otro elemento a tener en cuenta en escuelas de padres o grupo de intervención educativa familiar.

En la comunidad se identifica aumento notable de relaciones sexuales en adolescentes. A diferencia de lo concluido por otros autores en sus investigaciones, no es alta la cifra de los embarazos en esta etapa de la vida.⁽⁴⁾

La prostitución es abiertamente reconocida en solo dos casos. Son pocos los homosexuales que se reconocen. En ambos casos, se declara que no son un problema para la comunidad. Se considera que al referirse al tema de orientación sexual, los individuos entrevistados en la comunidad señalan solo casos identificados por sus conductas llamativas. Esto pudiera apuntar a cierta aceptación de estos comportamientos sexuales.

Se reflejan problemas educativos (permisividad, sobreprotección extrema e inconsistencia). Estos son métodos que pueden ser la causa de trastornos emocionales y/o comportamentales de los menores e incidir en la vida comunitaria en general. No es parte del modo de vida de los miembros de la comunidad intentar influir en familias que exhiban estos patrones de formación, dejándolo un tanto a la forma, errada o no en que estos grupos funcionen.

Este es un aspecto a tener en cuenta por el Equipo Primario de Salud (EPS) y el psicólogo del área para abordarlo puntualmente y/o con acciones de educación para la salud grupales. Por la importancia de la educación familiar, se han desarrollado escuelas de padres en el área del Policlínico Escalona, no todo lo efectivas, por la ausencia reiterada de los participantes a sesiones de trabajo educativo, por condiciones ya expresadas: la mayoría son trabajadores fuera del área, con horarios irregulares y con afectación en estimulaciones salariales en moneda convertible.

Otro elemento importante en esta comunidad es la satisfacción con el acceso a consultorios médicos de familia, que se eclipsa con la insatisfacción en cuanto a la posibilidad de obtener el medicamento indicado por elección profesional. Es real, es un problema identificado y una necesidad sentida no solo en la comunidad explorada, por la situación económica que tiene Cuba.

Aspectos psicosociales, en el periodo que se analiza, no apuntan a trastornos escolares. Estos solo se identificaron en visitas a los centros escolares en la comunidad y en entrevista con los directores, realmente no son numerosos y, en esta área de salud, se evalúan por un psicólogo que visita la escuela con sistematicidad.

No hubo reporte de suicidio, a diferencia de otros autores cubanos que reconocen alta tentativa de este y consideran que no se identifican por parte del personal médico los factores de riesgo para conductas de este tipo.⁽⁵⁾ Esta valoración apunta a que el trabajo profesional a nivel de promoción de salud y prevención de enfermedades puede mejorar.

Fue reportado alto número de divorcios. Como consecuencia existen numerosas familias con estructuras mono-parentales o reconstituídas. Ambas pueden ser de riesgo para la salud de estos grupos familiares y deben tenerse en cuenta en la proyección educativa, con enfoque preventivo del EPS y del psicólogo.

Se reconocen como frecuentes la adicción al tabaco y al alcohol, incluso en adolescentes. Los entrevistados expresan que tienen sospecha de personas que están consumiendo drogas no legales, pero el número de pacientes que se reconoce y se declara adicto es reducido.

Los pobladores consideran estresores de esta comunidad situaciones o hechos cuya solución no es competencia directa del EPS; díganse problemas con abasto de agua ya mencionados, con transporte y telefonía, los de lejanía del nivel secundario de atención de salud. Todos son de carácter ambiental y socioeconómico, por tanto, la solución depende no solo de la atención de salud. No obstante, los profesionales pueden trabajar en la satisfacción de las necesidades sentidas y algunas reales en las que sí tiene rol protagónico el personal de salud, retomando con fuerza las tareas de educación para la salud en la comunidad.

Se debe involucrar a las familias en la solución de los problemas que se dan hacia lo interno de sus dinámicas familiares, que en ocasiones dañan también la salud ambiental. Debe retomarse la participación comunitaria, troncada o nula en la práctica médica cubana actual. Debe reforzarse el rol protagónico del paciente y de las familias en la solución de sus problemas de salud y no ser de total responsabilidad del profesional médico. Puede inferirse,

por tanto, que en la comunidad no existe una percepción de la necesidad de acciones preventivas.

Al explorar a las familias, el primer elemento que nos llamó atención fue la inadecuada incorporación de los llamados hogares unipersonales en el total de familias declaradas en los Análisis de la Situación de Salud de cada consultorio. Las especificaciones que se presentan en este estudio, son de las familias reales en esta comunidad. Se encontraron grupos familiares nucleares y bigeneracionales, así como extensos y trigeneracionales. No se constatan familias disfuncionales, lo que pudiera explicarse, en primer lugar, por una necesidad de los participantes de no dar imagen negativa de sus dinámicas. Otro elemento explicativo pudiera ser que las estructuras familiares que predominan en la comunidad apuntan a grupos pequeños, bigeneracionales y nucleares, indicadores estos que no deben constituir alto riesgo para comprometer la funcionalidad familiar.

Reconocer en la comunidad las características descritas, así como las necesidades reales y sentidas identificadas, lleva a que en los consultorios y los EPS elaboren programas de intervención educativa encaminados a: consumo elevado de alcohol, patrones de crianza inadecuados, hábito de fumar incrementándose y disminución y/o control de Factores de Riesgo de ECNT. *Gómez* y otros valoran este reconocimiento en la comunidad y consideran necesaria, además, una perspectiva interdisciplinaria para la solución de los problemas detectados.⁽⁶⁾

El médico en la Atención Primaria de Salud debe conocer cuáles son las necesidades de la población que atiende, cómo interactúan los aspectos clínicos, sociales, ambientales y qué derivación tienen en el surgimiento de las enfermedades y en su prevención. Debe identificar cuáles son los impulsos para la acción que tienen los individuos en su comunidad para poder actuar en aras de la satisfacción de las necesidades sentidas,⁽⁷⁾ solo así desarrollará acciones de salud más efectivas.

Sobre la base de estos elementos se desarrollaron en esta población estudiada tres intervenciones psicoeducativas, dos de ellas desarrolladas en el preuniversitario con dos grupos de adolescentes que residen en la comunidad estudiada, estuvieron dirigidas a la adicción al cigarro y al alcohol. Otra intervención se desarrolló con pacientes hipertensos, a los que se brindaron herramientas para el control de su tensión arterial desde el control de sus emociones. Se siguió un enfoque similar al desarrollado en una intervención de corte psicoeducativo encontrada en la literatura dirigida a pacientes epilépticos.⁽⁸⁾

Los resultados del diagnóstico psicosocial brindan elementos que deben tenerse en cuenta en las intervenciones que en esta comunidad se realicen, para el uso del lenguaje, para formas de actuar que puedan ser aceptadas y comprendidas por la población en su conjunto. En la mayoría de los problemas identificados por los habitantes de esta comunidad, hay una posibilidad de actuación sobre aspectos psicológicos, en tanto se apuntan situaciones familiares que dan al traste con la salud integralmente concebida, tanto desde lo individual como de lo social, dígase familiar o comunitaria.

Para ser más efectivos en las acciones de salud hacia esta comunidad, las intervenciones psicoeducativas deben dirigirse a modificar actitudes relacionadas con la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, que tienen alta prevalencia, y en indicadores actualmente desfavorables en la funcionabilidad de las familias.

Se debe trabajar, además, en la promoción de participaciones comunitarias más sistemáticas, en las que los residentes del barrio se comprometan a la solución de los problemas de todos. Esta solo se conseguirá a largo plazo y logrando que las personas se sientan responsables de su salud y la salud de su entorno como un todo.

En conclusión, el diagnóstico psicosocial de esta comunidad ha permitido identificar que entre las necesidades apremiantes está el control de conductas adictivas en ascenso, eliminación de micro vertederos y falta de espacios para recreación. Algunas situaciones identificadas necesitan de intersectorialidad para su solución. En otras, los equipos primarios de salud (y es algo que se constata con frecuencia) están llamados a mayor labor educativa a nivel individual y grupal (en grupos vulnerables, en familias y en la comunidad) para poder trabajar por la salud en el sentido integral que el concepto implica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Porto J, Gardey A. Definición de Concepto de comunidad. 2008 [acceso: 06/09/2012]. Disponible en: <https://definicion.de/comunidad/>
2. Borroto Chao R, Moreno Pérez Baquero ÁM, Corratge Delgado H. Participación comunitaria, social y popular. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. La Habana: Ecimed; 2014. p. 661-4.
3. Tenorio D. Participación social y comunitaria. Prezi. 2014 [acceso: 25/01/2014]. Disponible en: https://prezi.com/xjeb8e9lgd_4/participacion-social-y-comunitaria/

4. Gómez Suárez RT, Gran Álvarez MA, Romero Monteagudo E. Adolescencia, sexualidad y cambio de comportamientos. *Medicentro Electrónica*. 2013;17(2):94-6.
5. Santamarina Fernández A, Pupo Báez WJ, Santamarina Fernández M, Quintero Ríos O, Yero Suárez LA, Bruff Viera C. Intervención educativa sobre suicidio en el personal de enfermería de Bartolomé Masó Márquez, 2015. La Habana. *Revista del Hospital Psiquiátrico*. 2016;13(3).
6. Gómez López LM, Beltrán González BM, López Espinosa GJ. Enfoque interdisciplinar en el análisis de los problemas de salud pública en la atención primaria. *Medicentro Electrónica*. 2015;19(3).
7. López Puig P, Segredo Pérez AM. El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. *Educ Méd Super*. 2013 [acceso: 02/11/2014];27(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Rojas Sánchez, G. A. Estrategia psicoeducativa para la prevención y control de riesgos emocionales en personas con epilepsia [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012 [acceso: 28/05/2018]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=295>

Anexo 1

Guía de diagnóstico psicosocial

I- Caracterizar la comunidad atendiendo a:

- Antecedentes históricos
- Ubicación geográfica
- Situación socio-demográfica (número de habitantes, de familias, distribución por grupo de edades, entre otras)
- Natalidad y mortalidad
- Religiosidad y creencias populares
- Líderes formales e informales
- Instituciones sociales, culturales y de servicios

II- Determinar el modo de vida predominante, teniendo en cuenta:

- Incorporación educativa y laboral
- Práctica sistemática de ejercicios físicos
- Uso del tiempo libre
- Comportamiento sexual
- Patrones de crianza infantiles
- Utilización de los servicios de salud

III- Determinar las condiciones de vida a través de los siguientes indicadores:

- Transporte y comunicación
- Vivienda
- Servicios de salud
- Fuentes de empleo
- Instituciones educativas, culturales y deportivas
- Condiciones higiénico - ambientales
- Ingreso económico de las familias

IV- Identificar los principales problemas de salud de las familias

- Familias funcionales y familias disfuncionales (además tener concepto de salud familiar)
- Grupos escolares y laborales (problemas principales)

V- Conocer las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a la población e identificar los factores psicosociales de riesgo asociados a las mismas

VI- Identificar los principales problemas psicosociales de la comunidad:

- Deserción escolar y desvinculación laboral
- Trastornos escolares
- Nupcialidad precoz y embarazo en la adolescencia

- Divorcio
- Suicidio
- Conductas adictivas (tabaquismo, alcohol y otras drogas)
- Conductas problemáticas en la adolescencia
- Enfrentamiento inadecuado a indicaciones de salud
- Presencia de estresores
- Conducta sexual de riesgo
- Trastornos psíquicos
- Ausencia de sistemas de apoyo (tipificar, clasificar)
- Fuente de cultura y recreación

VII- Priorizar los problemas atendiendo a su vulnerabilidad, gravedad, magnitud o trascendencia para la intervención.

Garantizar la participación activa de la comunidad en la elaboración y ejecución del plan de Acción.

VIII- Evaluar los resultados a mediano y largo plazo.

Anexo 2

Guía de entrevista

(Aplicada a líderes formales e informales, así como a familias estudiadas)

- Condiciones de vida en la comunidad (calidad de las viviendas, abasto de agua, transporte, disponibilidad y acceso y calidad de los servicios de salud, educacionales y de comercio)
- Evaluación de esas condiciones
- Comportamientos frecuentemente observables en los individuos (practica de deporte, adicciones o no, conducta sexual, entre otros)
- Funcionamientos familiares (básicamente manejo educativo en las familias de la comunidad)
- Problemas de salud familiar que consideren en su comunidad
- Necesidades identificadas para una vida de mayor calidad en la comunidad

Anexo 3

Test de funcionamiento familiar

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en una familia. Necesitamos que usted clasifique y marque con una (X) la respuesta según la frecuencia en que ocurra la situación.

Pocas veces - A veces - Muchas veces - Casi nunca – siempre

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia _____ .
2. En mi casa predomina la armonía _____ .
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades _____ .
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana _____
_____ .
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
_____ .
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos _____
_____ .
7. Toman las experiencias de otra familia ante situaciones difíciles _____
_____ .
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan _____
_____ .
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado _____
_____ .
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante situaciones dadas _____
_____ .
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 _____
_____ .
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos _____ .

Variables que mide la prueba

Variables ITEM que la explora

Cohesión. (1 y 8)

Armonía. (2 y 13)

Comunicación. (5 y 14)

Permeabilidad. (7 y 12)

Afectividad. (4 y 14)

Roles. (3 y 9)

Adaptabilidad. (6 y 10)

Modo de aplicación. El test se responde en forma auto administrada o no. Solo se marcara una (X) en el acápite elegido.

Modo de calificación. Se otorgarán los puntos de acuerdo a las categorías elegidas.

Casi siempre.....	6
Muchas veces.....	4
A veces.....	3
Pocas veces.....	2
Casi nunca.....	1

La puntuación total se obtiene a través de la suma de los puntos obtenidos en cada item y se ubica en el rango correspondiente.

Puntuación-Diagnóstico

70 a 57- Familia funcional

56 a 43- Familia moderadamente funcional

42 a 28- Familia disfuncional

27 a 14- Familia altamente disfuncional

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Clara Pérez Cárdenas: Dirigió el proyecto asesorando a las restantes investigadoras. Integró resultados parciales a modo de artículo.

Yanitza Rojas: Desempeñó el estudio en uno de los consultorios seleccionados.

Leidy Cruz Fortaza: Desempeñó el estudio en uno de los consultorios seleccionados.

Yaira Lantigua Chacón: Desempeñó el estudio en uno de los consultorios seleccionados.