

Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar

Methodological alternatives for the stratification of families according to family health situation

Isabel Louro Bernal^I; María del Carmen Pría Barros^{II}

^ILicenciada en Psicología. Dra. en Ciencias de la Salud. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Titular e Investigadora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Bioestadística. Dra. en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el conocimiento de la situación de salud familiar es un aspecto importante de la atención integral a la salud en el nivel primario. La estratificación de las familias según la situación de salud familiar es útil para la planificación de intervenciones en la comunidad.

MÉTODOS: se estudiaron 294 familias de municipios seleccionados del país en el año 2004. Se estratificaron, según su situación de salud familiar, mediante el uso de la matriz de salud familiar y el análisis de conglomerados no jerárquico. El basamento de la matriz es el modelo teórico-metodológico para evaluar la salud del grupo familiar, que comprende la prueba de percepción de funcionamiento familiar y el inventario de características familiares de riesgo, y con ambos resultados se ubicó cada familia en la matriz que representa gradientes de afectación de situación de salud familiar. Con los datos resultantes de la aplicación de los mencionados instrumentos se utilizó el análisis de conglomerados no jerárquico para la estratificación de las familias. Se determinó la concordancia entre ambas técnicas mediante el índice de Kappa.

RESULTADOS: el 51 % de las familias clasificó en la zona de ajuste familiar, un 14,3 % en la zona de elevada criticidad socio-familiar y buen funcionamiento intrafamiliar, el 28,6 % presentó relaciones intrafamiliares disfuncionales con baja criticidad socio-familiar y el 6,1 % presentó afectación de extrema gravedad, con elevada criticidad socio-familiar y disfuncionalidad.

CONCLUSIONES: hubo concordancia elevada entre los métodos utilizados para estratificar a las familias. La matriz de salud familiar y la aplicación del análisis por conglomerados constituyen procedimientos útiles para la estratificación de las familias según situación de salud familiar, tanto con fines de investigación, como para la dispensarización familiar en un territorio.

Palabras clave: Familia, salud familiar, evaluación familiar, estratificación familiar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the knowledge of the family health situation is an important aspect of comprehensive health care at the primary level. The stratification of the families according to the health family situation is useful for planning community interventions.

METHODS: 294 families from the selected municipalities of the country were studied in 2004. They were stratified according to the family health situation by using the family health matrix and the non-hierarchical analysis of conglomerates. The foundation of the matrix is the theoretical-methodological model to evaluate the health of the family group that includes the family functioning perception test and the inventory of risk family characteristics. Both results were considered and each family was located in the matrix representing gradients of affectation of the family health situation. With the data resulting from the application of the above mentioned instruments, the non-hierarchical analysis of conglomerates was used to stratify the families. The concordance between both techniques was determined by Kappa's index.

RESULTS: 51 % of the families classified in the zone of family adjustment, 14.3 % in the zone of elevated sociofamiliar criticism and good intrafamily functioning, 28.6 % presented dysfunctional intrafamily relations with low sociofamiliar criticism and 6.1 % had affectation of extreme severity with high sociofamiliar criticism and dysfunctionality.

CONCLUSIONS: there was an elevated concordance between the methods used to stratify the families. The family health matrix and the application of the analysis by conglomerates are useful procedures for stratifying the families according to the family health situation for research and for the family categorization in a territory.

Key words: Family, family health, family evaluation, family stratification.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las condiciones de vida de la familia, su composición y funcionamiento, así como la disponibilidad de recursos para afrontar las exigencias cotidianas, son importantes para la adecuación de las políticas sociales a los contextos locales y a los requerimientos especiales de ciertas familias con mayor vulnerabilidad psicosocial.

En Cuba la familia se ha beneficiado de los logros alcanzados en diferentes esferas del desarrollo social después del triunfo de la Revolución de 1959, y en particular,

de los avances de aplicación de políticas de equidad, tendientes a la eliminación de la discriminación por género, raza o condición social. No obstante, aún se presentan diversos problemas derivados de la crisis económica que ha enfrentado el país por más de 15 años, y que exigen de la familia un sobre esfuerzo para cumplir sus funciones sociales.

Estudios socio psicológicos han documentado que la familia cubana se enfrenta al recrudescimiento de las condiciones materiales de vida, a las dificultades económicas y de vivienda, de relaciones intra e intergeneracionales, unido a la modificación de valores ético-morales, así como al cambio en los patrones de formación de parejas, de reproducción, a la multiplicidad de roles que trae aparejada las elevadas exigencias sociales, y a las limitaciones de los servicios de apoyo al trabajo doméstico.¹⁻⁴

La atención a los problemas de la familia en su micro espacio social contribuye a mejorar la situación de salud familiar (SSF) y comunitaria, por tanto, la identificación de sus características y necesidades es fundamental para la estrategia de la APS y la materialización concreta de la equidad en salud. La estratificación de las familias en la comunidad se concibe con un enfoque de prevención y de atención diferenciada. De ningún modo significa una clasificación que genere discriminación social.

El objetivo propuesto fue mostrar alternativas metodológicas para la estratificación de familias según su SSF. La estratificación de familias, según SSF, contribuye a la identificación de necesidades específicas de intervención psicosocial y de atención de salud, con arreglo a las diferentes situaciones de riesgo que presentan las familias.

MÉTODOS

Se utilizó como referente teórico metodológico el modelo para la evaluación de la salud del grupo familiar, que constituye una construcción de conocimiento que integra un componente teórico y otro metodológico-instrumental. El modelo concibe el campo de la salud del grupo familiar como una configuración compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales, que se definen a escala microsocial en el contexto del hogar. Se expresa en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa del desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social.⁵

Las dimensiones configurativas del modelo que reflejan la concepción de la salud familiar son: contexto socio-económico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social. Los instrumentos que abarcan las dimensiones mencionadas son la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el Inventario de Características Familiares de Riesgo, que identifican la criticidad sociofamiliar. La matriz de salud familiar se construye con los resultados de los instrumentos anteriormente mencionados, para estratificar las familias según los gradientes de afectación de la salud familiar; permite tener un criterio único integrador de la situación de salud del grupo familiar, lo que resulta útil para la dispensarización familiar, el análisis de la situación de salud del consultorio y su correspondiente plan de acción.⁶

La matriz de salud familiar se ideó mediante la utilización de un diagrama de dispersión, en el que se ubican los códigos asignados a los resultados del Inventario de Características Familiares de Riesgo en el eje de las x y los de la FF-SIL en el eje de las y . Los códigos son 0, 1, 2 y 3, según rango de gravedad de la escala de cada uno. Cada familia se evalúa con respecto a ambos atributos, ocupando un punto (x , y) en el plano, es decir, en la matriz de salud familiar.⁷

Para la aplicación de la metodología, se realizó la selección de un consultorio de medicina familiar de cada provincia del país, atendiendo a los criterios siguientes: estabilidad y sistematicidad del EBS en el mismo consultorio por 3 años consecutivos, y voluntariedad de participación en el estudio. Esta información fue suministrada por las direcciones provinciales de salud. Cada uno de los equipos de salud seleccionaron a su vez a 20 familias, que de acuerdo con la SSF, estuvieran en diferentes niveles de afectación, clasificándolas a la vez en una escala de 0 a 3, según sus criterios e informaciones reflejadas en la historia de salud familiar. Las familias debían tener actualizadas sus historias de salud familiar y aceptar su participación en el estudio. El número de familias fue seleccionado por criterio de factibilidad del estudio. Se elaboró un instructivo para la capacitación de los encuestadores, y se controló la calidad del proceso de aplicación y calificación de los instrumentos. Resultaron 294 familias las que cumplieron los requisitos y completaron los instrumentos del modelo de evaluación de salud del grupo familiar.

Se utilizó el análisis de conglomerados no jerárquico con el objetivo de clasificar las familias según su vulnerabilidad biopsicosocial, a partir de los resultados obtenidos por el FF-SIL y el Inventario de Características Familiares de Riesgo, para posteriormente comparar la estratificación familiar obtenida por esta técnica con los de la matriz.

El análisis de conglomerados no jerárquico permite formar grupos homogéneos de familias respecto a un conjunto de variables que las caracteriza.⁷ Se utilizó este tipo de análisis al permitir fijar de antemano el número de grupos que se deseaban formar, en este caso 4, para que se correspondan con los cuadrantes de la matriz. Se estandarizaron las variables utilizadas, se calcularon los centros de gravedad de cada grupo, y posteriormente se realizó un Análisis de la Varianza (ANOVA) con las variables utilizadas en el análisis (FFSIL e Inventario de Características Familiares de Riesgo) para identificar si existían diferencias significativas de estas entre los 4 grupos de familias constituidos.

Se determinó la concordancia entre los resultados obtenidos por ambas técnicas mediante el coeficiente Kappa.⁸ Se realizó la interpretación descriptiva del coeficiente, empleando para ello una escala arbitraria que considera una concordancia escasa o nula si clasifica entre 0 y 0,24; ligera entre 0,25 y 0,49; moderada entre 0,50 y 0,74; e intensa a partir de 0,75. Se elaboró una base de datos y se procesó la información mediante el programa SPSS, versión 12.5.

RESULTADOS

El análisis de conglomerados puede ser un método descriptivo útil para distinguir la SSF, cuando se utilizan variables que miden la vulnerabilidad biopsicosocial de las familias. En este trabajo se decidió construir 4 conglomerados, para determinar posteriormente si esta técnica producía una clasificación similar a la obtenida por la matriz de salud familiar.

Al analizar las distancias de los valores de los centroides de los conglomerados se observan diferencias entre ellos, siendo más marcadas las que existen entre los conglomerados 1 y 4, familias ajustadas y con máxima afectación de salud familiar, que las que se muestran entre los conglomerados 2 y 3, aspecto que concuerda con la realidad, ya que se diferencian mejor los polos extremos de un fenómeno, que los intermedios; o sea, se aprecia más la diferencia entre la zona que representa el ajuste familiar y la zona de máxima afectación ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distancias entre los centros de los conglomerados

Conglomerados	1	2	3	4
1		1,972	2,059	3,412
2	1,972		2,138	1,814
3	2,059	2,138		2,242
4	3,412	1,814	2,242	

El análisis de las distancias de cada familia al centroide del conglomerado al que pertenece, indica que existe una variabilidad media similar dentro de los conglomerados, aunque los conglomerados con mayores distancias promedio son el tercero y el primero. Al comparar la variabilidad entre conglomerados ([tabla 2](#)) con la variabilidad dentro de los conglomerados, se observa que existe una marcada diferencia entre ambas, y se evidencia una mayor variabilidad entre grupos que dentro de ellos, de forma que los conglomerados son heterogéneos entre ellos y homogéneos internamente, aspecto que habla a favor de la consistencia de la distribución de familias según situación de salud.

En el análisis de varianza realizado se evidencia que tanto en el FF-SIL como en el Inventario de Características Familiares de Riesgo se encontraron diferencias significativas para la diferenciación de los grupos, lo que expresa que ciertamente el fenómeno que miden establece la diferencia entre los 4 grupos de familias ([tabla 3](#)).

Mediante el análisis cualitativo se encontró coincidencia entre la agrupación de familias por el análisis de conglomerados, y la distribución de estas por los cuadrantes de la matriz que propone el modelo de salud del grupo familiar ([tabla 4](#)).

Las familias se distribuyeron según los cuadrantes de la matriz y el análisis de conglomerados no jerárquico de la forma siguiente ([figura](#)): el conglomerado 1 coincidió con el cuadrante 4 de la matriz, ubicándose en ambos 18 familias, 6,1 %, que presentan situación de afectación extrema a la salud familiar, dada la presencia de relaciones intrafamiliares disfuncionales y la frecuencia y magnitud de las características familiares de riesgo de alto impacto, que ponen a la familia en situación de criticidad extrema; el hecho de no ser tan alto el porcentaje de familias no deja de tener relevancia, ya que estas familias requieren una rápida acción interdisciplinaria e intersectorial, dada las graves repercusiones en el funcionamiento social, en el desarrollo, la salud y el bienestar de sus integrantes. Las características familiares de riesgo de alto impacto más frecuentes en este tipo de familias fueron: economía familiar crítica, condiciones inseguras de la vivienda, un solo progenitor al cuidado de hijo(s) menores, algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas, o presenta conducta antisocial y tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéuticas.

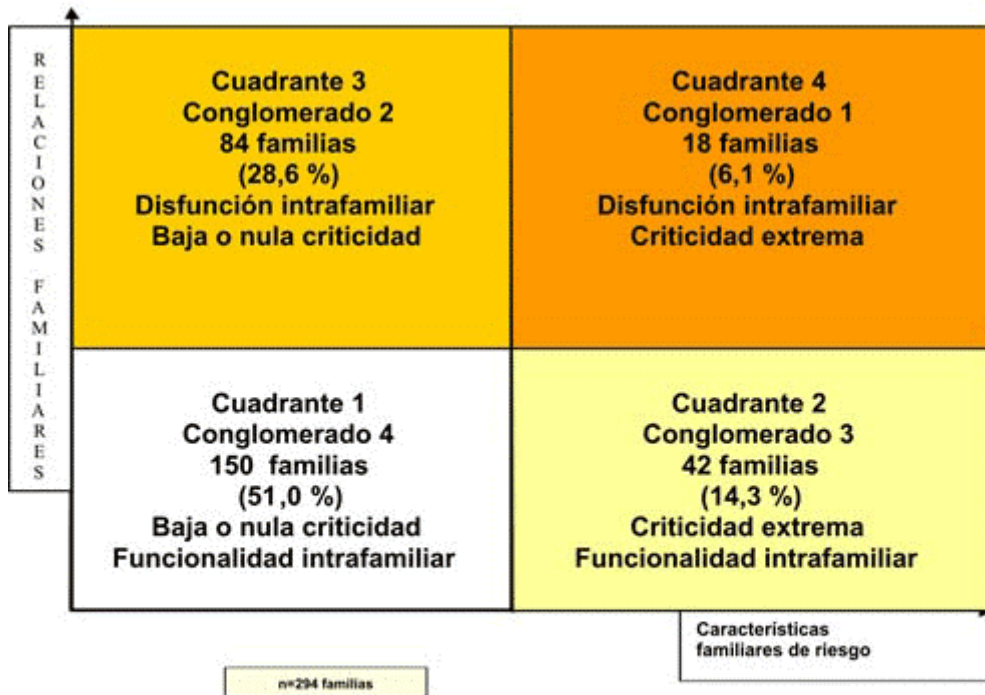


Fig. Matriz de salud familiar. Municipios seleccionados.
Cuba, 2004.

El conglomerado 2 coincidió con el cuadrante 3 de la matriz, y en ambos se agruparon 84 familias, para un 28,6 %, que presentó disfunción de las relaciones intrafamiliares, en condiciones de criticidad moderada o leve, lo que indica que estas familias tienen gravemente afectados los procesos relacionales, entre los que se encuentran: la comunicación, la armonía, la cohesión, la afectividad, la adaptabilidad, los roles y la permeabilidad con el medio externo, aunque no se agrupan en ellas características familiares de riesgo de alto impacto. Estas son las familias necesitadas de atención psicológica, ya que están muy vulnerables, dada la capacidad de generar el estrés que se le concede a la desarmonía familiar, y a su potencialidad de desencadenar enfermedad y diversos problemas de salud entre sus integrantes.

El conglomerado 3 fue coincidente con el cuadrante 2 de la matriz. Un 14,3 % del total de familias se agruparon en esta condición de peculiar característica, pues son familias que, a pesar de presentar altos niveles de criticidad sociofamiliar, dada la magnitud y frecuencia de las características de riesgo, la sobre exigencia y las condiciones difíciles de vida cotidiana, mantienen buenos niveles de funcionamiento intrafamiliar, fenómeno que indica la resistencia de la familia, y su fortaleza interna para mantenerse funcionales en condiciones críticas. Estas familias las hemos llamado resilientes, por la capacidad de emerger de las condiciones difíciles con unidad, armonía y buena comunicación.

El mayor número de familias, 150, se agrupó en el conglomerado 4 que coincidió con el cuadrante 1 de la matriz, para un 51 % del total de familias, lo que significa que se ubicaron en la zona de ajuste familiar al presentar procesos relacionales intrafamiliares funcionales y baja criticidad sociofamiliar; o sea, aproximadamente

la mitad de las familias de la comunidad tiene condiciones para actuar como potenciadoras del desarrollo de sus integrantes, y poseen la fuerza necesaria para afrontar las crisis.

Las familias potenciadoras del desarrollo son aquellas que crean un clima en el hogar de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Estas enfrentan problemas y toman decisiones asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse de manera transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida, y son capaces de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesiten, sin adoptar mecanismos destructivos. Este tipo de familia actúa para satisfacer las necesidades de sus miembros, enfrentar las regularidades del tránsito por el ciclo vital, y producir motivaciones y comportamientos favorecedores de la salud. Tal distribución de familias en cuadrantes y conglomerados se corresponde, en buena medida, con lo esperado en estudios de familias en la comunidad, ya que existe una mayoría de familias en condición de ajuste familiar, y una minoría en condición de afectación extrema. Se observó una concordancia significativa entre las clasificaciones obtenidas con el uso de la matriz y la aplicación del análisis de conglomerados a los datos ($Kappa=0,78$ [0,72, 0,84]); la concordancia global obtenida fue de un 85,71 %.

La matriz de salud familiar y la aplicación del análisis por conglomerados constituyen procedimientos útiles para la estratificación de las familias, según SSF, tanto con fines de investigación, como para la dispensarización familiar en un territorio. Se manifestó una elevada concordancia entre la estratificación de familias como resultado de la aplicación de la matriz de salud familiar y la agrupación de ellas como producto del análisis de conglomerados, lo que le agrega valor como procedimiento para la estratificación familiar. Los diferentes tipos de SSF que registra la matriz estuvieron representadas en el estudio, prevaleciendo la situación de ajuste de la salud familiar, seguida de las disfunciones intrafamiliares. En el rango de la criticidad familiar se agruparon más familias en la situación llamada resiliencia, que en la situación de afectación extrema de salud familiar, debido al efecto combinado de la disfunción familiar y la agrupación de características familiares de riesgo, lo que constituye un resultado satisfactorio, pues indica que son más frecuentes las características salutogénicas en las familias del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benítez ME. Dinámica sociodemográfica de la población y la familia cubana. En: Benítez ME. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. La Habana: Ciencias Sociales; 2003.p.56-9.
2. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. Familia y cambios socioeconómicos a las puertas del nuevo milenio. Informe final de investigación. La Habana: CIPS; 2001.
3. Martín C. La identidad cubana. En: El cubano de hoy. Un estudio psicosocial. La Habana: Fundación Fernando Ortiz; 2003.p.63-5.
4. Díaz TM. La familia cubana ante la crisis de los 90. Departamento de estudios sobre familia. Centro de investigaciones psicológicas y sociológicas. Cuba. [en línea] 2003. Disponible en: <http://www.clacso.org>. Consultado, 3 de Mayo de 2003.

5. Louro Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. MEDICC. 2004;VI(2).
6. Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana de Salud Pública. 2005;31(4).
7. Aldenderfer M, Blashfield R. Cluster Analysis. Series applications in the social sciences. Beverly Hills: Sage Publications Inc.; 1984.p.16-59.
8. Norman RG, Streiner LD. Bioestadística. España: Harcourt Brace; 1998.p.164-5.

Recibido: 26 de marzo de 2008.
Aprobado: 3 de junio de 2008.

Isabel Louro Bernal. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle I esquina Línea, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: ilb@infomed.sld.cu

Tabla 2. Medidas de resumen de las distancias de los casos a los centroides de cada cluster según conglomerados

Medidas de resumen de las distancias	Conglomerados			
	1	2	3	4
Desviación estándar	0,364	0,372	0,356	0,261
Promedio	0,764	0,652	0,819	0,523

Tabla 3. Resultados del ANOVA realizado a las variables incluidas en el cluster análisis no jerárquico

Variables	Cuadrado medio	Grados de libertad	Error cuadrático medio	Grados de libertad	F	Significación estadística
FF-SIL	73,692	3	0,248	290	297,132	0,000
Inventario	73,465	3	0,250	290	293,442	0,000

Tabla 4. Distribución de familias según las clasificaciones obtenidas del análisis de conglomerados y matriz de salud familiar

Conglomerados/cuadrantes	No.	%
1 (cuadrante 4)	18	6,1
2 (cuadrante 3)	84	28,6
3 (cuadrante 2)	42	14,3
4 (cuadrante 1)	150	51,0
Total	294	100,0