

ARTÍCULOS ORIGINALES

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD Asentamiento Lagos de Occidente. Popayán. 2005¹

Ana Luisa Alarcón*, Gloria Amparo Miranda**, Nothemy Palacios***

RESUMEN

El presente artículo muestra como a partir de una actividad académica fundamentada en la estrategia pedagógica "Investigación desde el aula", el Diagnóstico Comunitario en Salud, facilita las primeras experiencias investigativas en la formación del Enfermero(a) y la detección de determinantes que afectan las condiciones de salud de una población. El estudio de tipo descriptivo corte transversal con metodología participativa, se realizó en el Asentamiento Lagos de Occidente, zona ubicada en la rivera del río Cauca, entre los barrios Ma. Occidente y La Capitana, durante los meses de septiembre y noviembre de 2005. En él intervinieron estudiantes de III Semestre de Enfermería con el acompañamiento de las docentes y participación de la comunidad. Se identificó que condiciones socioeconómicas como: ocupación, ingresos y condiciones ambientales; culturales como: relaciones familiares y afectivas, nivel de escolaridad, estructura y dinámica familiar; personales como: edad, estado civil y estilo de vida y las relacionadas con alteraciones en la desviación de la salud (presencia de enfermedades prevenibles y psicosociales), son las determinantes en la condición de salud del Asentamiento y que para su solución requiere la acción conjunta entre las autoridades locales, personal de salud, academia y comunidad.

Palabras clave: *Diagnóstico de salud, investigación desde el aula, Enfermería, determinantes de salud.*

Recibido para evaluación: Febrero 27 de 2006. Aprobado para publicación: Mayo 15 de 2006.

1 Recopilación del diagnóstico comunitario realizado por los estudiantes de tercer semestre del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca en el segundo periodo de 2005

* Enfermera, Magíster en Salud Pública. Docente Programa Enfermería. Facultad Ciencias de Salud, Universidad del Cauca.

** Enfermera, Magíster en educación, énfasis en Docencia Universitaria. Docente Programa Enfermería. Facultad Ciencias de Salud. Universidad del Cauca

*** Enfermera, Especialista en Salud Familiar. Docente Programa Enfermería. Facultad Ciencias de Salud. Universidad del Cauca

Correspondencia: Ana Luisa Alarcón Alegría. Carrera 8 No. 21 N - 50, Apto. 402, Fax: 8236252. Correo electrónico: analuisalarcon@hotmail.com

ABSTRACT

This article shows how the beginning of an academic activity supported by a pedagogical strategy called "Investigation from the Classroom: The Communitarian Diagnosis on Health," facilitates the first research experiences in the Nursing program formation and allows to discover which are the conditions governing a town's population health. The study, worked out in a descriptive cross section type included a participative methodology. It was carried out in the Lagos de Occidente Setling, a zone located in the Cauca River creek between the neighborhoods of Maria de Occidente and La Capitana, during the months of September and November 2005. This research was carried out with students of the third semester of the Nursing program with the accompaniment of the above mentioned teachers and the community participation. Socio-economic conditions such as occupation, income and environment were identified. Cultural conditions such as family and affective relations, schooling level, family structure and dynamics were also taken into account; and personal conditions that included age, legal status, life style and aspects related with health alterations or deviations (preventable and psycho-social sickness), were also studied. All of which are the determining factors of health condition in the Setling and the ones that require the joined actions of local authorities, health personnel, academy and community.

Key words: Health diagnosis, investigation from the classroom, nursing, health determinants.

INTRODUCCIÓN

La situación de salud de una región es un fenómeno resultante de las relaciones de causalidad entre distintas dimensiones o factores (biológicos, culturales, ambientales, sociales y los relacionados con la cobertura y calidad de oferta de los servicios) que explican parte de la enfermedad y muerte. Involucrarlos en el análisis de las condiciones de salud de una región permite elaborar un diagnóstico integral con mayor capacidad de sustentar propuestas de solución y/o mejoramiento en los aspectos insatisfactorios identificados.

En el Area Comunitaria de la asignatura FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA de III SEMESTRE del PROGRAMA DE ENFERMERÍA, dentro de la actividad académica, se desarrolla un diagnóstico comunitario de salud, fundamentado en la estrategia de "Investigación desde el aula", (1) concebida como un espacio que posibilita el conocimiento, a partir de interrogantes que surgen de la cotidianidad y de las teorías del conocimiento, lo cual permite enriquecer su contenido temático y el proceso de aprendizaje, brindándole un marco de referencia más concreto y real. Estas experiencias y prácticas básicas de investigación, permiten tanto al docente como al estudiante enfrentar, compartir los "nuevos hallazgos", buscar por sí mismos las soluciones a los problemas encontrados y contribuir a la búsqueda del conocimiento y crecimiento de la profesión.

Desde el punto de vista pedagógico(2) éste diagnóstico, es una herramienta que aporta elementos para aprender a aprender y aprender haciendo, en donde el(a) Enfermero(a) está capacitado para crear, innovar y transformar la realidad en que se desenvuelve, además de adquirir habilidades comunicativas e investigativas necesarias para la interven-

ción comunitaria. Como herramienta de trabajo comunitario (2, 3) facilita el diálogo de saberes y estimula el desarrollo de relaciones entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, proveedores de salud y comunidad; fomenta la recuperación crítica de la historia y pone de manifiesto los factores de poder que se desarrollan al interior de las comunidades, permite asumir el conflicto como un elemento presente y el abordaje de diversas soluciones concertadas para resolverlo, fomenta la participación comunitaria, lo que genera en los sujetos un nivel de conciencia, movilización, autonomía y autogestión que hacen posible comprender la realidad, apropiarla y transformarla.

Por último, como estudio-diagnóstico o exploratorio (3,4,5) permite determinar la naturaleza de los problemas que la comunidad tiene en las áreas de salud y educación, establecer relaciones entre problema, causas, efectos y soluciones, estimar las necesidades de atención en salud que no han sido satisfechas, los recursos de la comunidad disponibles, la visión que los individuos involucrados tienen acerca de la situación, y el grado de colaboración existente en las dependencias gubernamentales, con el propósito de incrementar los recursos hacia la solución de los problemas.

Esta actividad académico-investigativa responde a la práctica social indispensable en la formación del Enfermero, a la proyección social del programa de Enfermería y a las necesidades manifiestas de las comunidades intervenidas y facilita la realización de acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que buscan potenciar la capacidad de autocuidado en las personas, además de sentar un precedente en la realización de experiencias de investigación - acción- participación, que involucren

un compromiso intersectorial ineludible entre las autoridades locales, personal de salud, academia y comunidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal con metodología participativa. La muestra estuvo conformada por 46 familias (184 personas) que habitan el Asentamiento Lagos de Occidente de la ciudad de Popayán y que aceptaron previa información participar en el proceso.

Para el desarrollo de la actividad se concertaron entrevistas con los integrantes de la Junta de Acción Comunal (JAC) y su presidente, orientadas a facilitar el acceso de los estudiantes a la zona de interés. Tres docentes y dos grupos de 27 estudiantes recorrieron el Asentamiento, realizaron observación directa, visitaron y entrevistaron a las familias.

La información fue recolectada entre Septiembre y Noviembre de 2005 y consignada en cinco instrumentos de colección de datos: 1. Tarjeta de visita domiciliaria, utilizada en la asignatura hace aproximadamente 4 años para la realización de diagnósticos en salud, permite la caracterización de la población en tres aspectos: condiciones sociodemográficas, ambientales y condiciones de salud, 2. Instrumentos de Salud familiar (6,7,8,9) que facilitan la identificación de la estructura (filiograma), dinámica familiar (APGAR) y redes de apoyo existentes a nivel familiar. 3. Mapa Ambiental. (7,10) permite la representación gráfica de la topografía de un lugar, de sus recursos e infraestructura básica y de los riesgos ambientales existentes en la comunidad. 4. Diario de campo y guía de observación, facilitan el registro de la información sobre la historia del barrio y la existencia de recursos existentes a nivel comunitario. 5. Registro de Actividades de Enfermería, para consignar datos relacionados con las cifras tensionales, peso y talla de la población intervenida y detectar alteraciones en las mismas.

Los datos obtenidos para la caracterización de la población y de las familias, se procesaron utilizando el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04. se obtuvieron frecuencias relativas de las variables estudiadas y se elaboraron tablas y gráficos para su presentación. Una vez finalizado el diagnóstico, los resultados fueron socializados con la comunidad (presidente JAC) y con las instituciones comprometidas en la solución de los problemas detectados (Academia/programa de Enfermería, Secretaria de Salud Municipal).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Identificación del asentamiento y características geográficas

El asentamiento Lagos de Occidente, está ubicado al sur occidente de la ciudad de Popayán y forma parte de la comuna 7. Limita al sur con el barrio La Capitana y María Occidente, al norte con el río Cauca, al oriente con la Quebrada La Orquídea y predios del señor Roberto Lehman y por el occidente con la variante vía a Cali y predios de la señora Elvira Chávez. Tiene una población aproximada de 340 personas, agrupadas en 72 familias.

El asentamiento se localiza en un terreno accidentado geográficamente, fértil y de clima templado que favorece el cultivo de maíz, plátano y verduras en pequeñas huertas caseras. Dispone de una vía de accesos sin pavimentar desde el barrio La Capitana. Al interior del asentamiento se cuenta con caminos de herradura, que en época de lluvia se convierten en un riesgo para accidentes. Los medios de transporte más utilizados por la población son las motocicletas, bicicletas y el transporte urbano, que cuenta con cuatro rutas de buses, que acercan a la población al asentamiento a través de los barrios María Occidente y La Capitana.

Antecedentes históricos sobresalientes.

Ubicado a la ribera del río Cauca, el asentamiento se estableció hace aproximadamente 5 años, el 11 de noviembre del 2000, en terrenos propiedad del Instituto de Crédito territorial. Su nombre se deriva de los lagos existentes en la granja piscícola, que funcionaba anteriormente en esos terrenos.

Los primeros pobladores llegados del barrio María Occidente, pertenecían entre otras, a las familias de doña Blanca Osorio, Jacqueline Romero y Edith Romero, quienes tenían en común la presencia de problemas económicos y la necesidad de adquirir una vivienda. El grupo inicial estaba conformado por 85 familias, que incluían familias desplazadas por la violencia, procedentes de diferentes lugares del departamento y del país. Estos sistemas sociales adecuaron el terreno y comenzaron a construir las primeras viviendas en madera, sin embargo con el correr del tiempo algunas familias desplazadas abandonaron el lugar. Una vez establecida la población se creó una cooperativa sin personería jurídica, que fijó normas de control social muy rígidas, entorpeciendo el desarrollo del asentamiento y de redes de apoyo adecuadas al interior de la comunidad, lo que generó su posterior desintegración.

Durante el año 2002 la población del asentamiento fue censada para su clasificación en los regímenes del Sistema de seguridad Social en salud, recibiendo en el mes de julio del 2003 los resultados, que los ubica en el estrato 1, población no clasificada, considerada vinculada y cubierta a través del SISBEN. En ese mismo año se presentaron algunos cambios en la organización comunitaria y es así, como a partir del mes de septiembre de 2004 se estructura una Junta de Acción Comunal (JAC) y su presidente señor Herney Medina, gestiona el registro del asentamiento en la alcaldía. A finales de septiembre de 2005 la JAC adquiere la personería jurídica. En la actualidad se realizan los trámites pertinentes para la legalización de los terrenos y el cambio de denominación a barrio.

Condiciones ambientales

El asentamiento cuenta con abastecimiento de agua a través de conexión intradomiciliaria obtenida de manera fraudulenta, desde la toma del acueducto en el barrio La Capitana. Ante esta situación, la comunidad considera que el suministro de agua es regular, porque cuentan con él solo en horas de la mañana. Sólo en el 15% (7/46) de las familias se hierve el agua, lo que demuestra cierto conocimiento de la importancia de esta práctica en la prevención de enfermedades hídricas.

El servicio de luz eléctrica y alumbrado público en las viviendas es prestado por la empresa Centrales Eléctricas del Cauca CEDELCA. Solo en el 63% (29/46) de las viviendas existe alcantarillado para la eliminación y aguas servidas, en el 32% (11/46) hay presencia de inodoro sin conexión al alcantarillado, el 11 (5/46) no cuenta con este servicio y un 1% utiliza baño comunitario.

Con respecto a la recolección de basuras, éstas se depositan previa recolección intradomiciliaria, en el barrio La Capitana, lugar al que llega el servicio tres veces por semana. Solo un 8% (4/46) de las familias prefieren quemar o tirarlas a campo abierto, convirtiéndose en un factor de riesgo para la proliferación de vectores transmisores de enfermedad, hecho que se ve agravado por la presencia de un relleno sanitario en la zona.

Las condiciones de la vivienda relacionadas con los materiales de construcción (madera burda, guadua, lona), ventilación inadecuada, presencia de pisos en tierra, ausencia de cunetas para la recolección de agua, humo en el 15% (7/46) por utilización de madera en la cocción de alimentos, hacinamiento con un promedio de cuatro personas por dormitorio, presencia de población canina sin vacunar en un 66% (19/29) y de roedores en el 30% (14/46) de las vivien-

das por proximidad del río, presencia de basuras y de aguas residuales, son factores condicionantes en la transmisión de enfermedades intestinales y respiratorias, la aparición de enfermedades respiratorias no transmisibles, enfermedades psiquiátricas, zoonosis y accidentes, entre otros problemas. (11)

Organización social

Siendo las comunidades sistemas sociales que realizan actividades para satisfacer sus necesidades de crecimiento y desarrollo, entre ellas las de producción, distribución y consumo de bienes y servicio, (12) se identificó en el asentamiento la presencia de sitios de expendio de víveres y abarrotes, verduras, pollos, estos pequeños negocios son una fuente de ingreso para el sostenimiento del núcleo familiar de sus dueños. Existe un hogar comunitario que presta el servicio a 12 niños, hijos de madres trabajadoras, un comité de salud que se encarga de realizar actividades básicas relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, una JAC encargada de la organización comunitaria y dos sitios para la recreación y actividad deportiva del asentamiento.

El control social, es otra de las actividades que realiza una comunidad, por ello la comunidad del asentamiento solicita la presencia continua de las autoridades locales (policía), ante la presencia en inmediaciones de la rivera del río de individuos procedentes de lugares aledaños, que se acercan a la zona para el consumo de sustancias psicoactivas.

Características sociodemográficas y de salud

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de la población (Tabla 1), se encontró que el 53% (98/184) de los habitantes corresponden al género femenino, por la presencia de hogares con mujeres cabeza de familia y el 47% (86/184) al género masculino. En relación a la edad, la población se halla concentrada entre los 5 y 44 años, lo que indica que es una población joven y económicamente productiva, sin embargo su bajo nivel educativo (analfabetismo y primaria en un 44% (81/184) de la población), les impide acceder a otras fuentes de trabajo diferentes a las ofrecidas por la economía informal y el rebusque (escobitas, vigilantes, vendedores ambulantes de: afiches, chocolates, quesos, afrecho, leche de soya). Un nivel educativo bajo, es además factor de riesgo social (7,13 14) en la adquisición de comportamientos saludables. El 16% (29/184) de la población es soltera (> de 15 años) y un 4% (8/184) son separados, estas dos condiciones según estudios realizados puede aumentar la vulnerabilidad a diversas enfermedades como: cáncer, accidentes, suicidios, depresión, etc. (14, 15)

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población del asentamiento Lagos de Occidente. Popayán

Variables	n (%)
Sujetos	
Total	184 (100)
Género	
Femenino	98 (53)
Masculino	86 (47)
Edad (años)	
< 1 año	1 (1)
1 - 4	14 (8)
5 - 14	61 (33)
15 - 44	98 (53)
45 - 54	6 (3)
55 - 78	4 (2)
Escolaridad	
Ninguna	6 (3)
Primaria	75 (41)
Secundaria	66 (36)
Otra	12 (6)
No aplica por edad	14 (8)
N/S- N/R	11 (6)
Estado Civil	
Casado	35 (19)
Soltero < 15 años	76 (41)
Soltero > 15 años	29 (16)
Unión libre	36 (20)
Separado	8 (4)
Régimen de Seguridad	
Contributivo	28 (15)
Subsidiado	1 (1)
Vinculado	155 (84)

Con respecto al Sistema de Seguridad Social en Salud, el 84% (155/184) de la población se clasifica como vinculada cubierta por SISBEN, un 15% (28/184) pertenecen al régimen contributivo y un 1% (1/184) al subsidiado.

Si la familia es un sistema y contexto relacional importante para la presencia y resolución de la enfermedad, la determinación de sus necesidades a través del diagnóstico familiar, es importante para el establecimiento de acciones tendientes a potenciar sus recursos y mejorar su ambiente familiar.

Al respecto, se encontró que un 15% (7/46) de las familias son nucleares incompletas y un 13% (6/46) familias exten-

sas, en donde la presencia de los abuelos favorece que éstos asuman en ocasiones el rol de los padres. En estas familias, la ausencia de uno de uno de los padres, dificulta el establecimiento del deber de las normas y los límites que guíen el comportamiento de los niños 16,17 y favorecen la presencia de problemas de salud mental como: depresión, intento de suicidio y trastornos de la personalidad. (14,15,18-20).

La clasificación de las familias según Ciclo Vital Familiar (CVF)7, permitió establecer que el 39% (18/46) de las familias se hallan en la etapa cinco: familias con adolescentes, un 37% (17/46) en etapa cuatro: familia con escolares, en etapa seis: familia adulta 15% (7/46), etapas tres y siete: familias con pre-escolar y anciana en un 4% (2/46).

El conocimiento de estas etapas, permite la atención y abordaje de situaciones de crisis que se presentan en ellas y el desarrollo de actividades preventivas, para evitar que estas crisis normativas y no normativas se conviertan en factor causante de disfunción familiar.

Al analizar la dinámica familiar, se identificó que el 67% (31/46) de las familias son disfuncionales, el 74% (23/31) presenta disfunción leve, el 19% (6/31) moderada y el 6% (2/31) grave. Esta situación se presenta cuando los recursos internos y externos del grupo familiar no son suficientes para enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes, lo que genera alteraciones a nivel de la cohesión, armonía, desempeño de roles, afectividad, permeabilidad, participación y adaptabilidad familiar.(9,21,22) Al respecto las personas manifiestan no estar satisfechas con la forma en que sus familias expresan sus sentimientos, emociones, afecto, comparten el tiempo, las actividades y los recursos económicos. Estas situaciones pueden verse favorecidas por la presencia de situaciones estresantes relacionadas con: empobrecimiento 83% (29/46), deudas 43% (20/46), desempleo 39% (18/46), enfermedad de algún miembro de la familia 22% (10/46), alcoholismo 11% (5/46) y otros problemas como: enfermedad mental, problemas conyugales, embarazo no deseado y problemas con la ley, en un 17% (8/46).

A pesar de que las relaciones intrafamiliares fueron calificadas como buenas por el 85% (39/46) de las familias, el análisis de los familiogramas reveló que en el 60% de ellas (28/46), se presentan relaciones conflictivas entre sus miembros por el establecimiento inadecuado de límites, presencia de situaciones estresantes, conformación de triángulos, conductas de crianza inadecuadas y violencia psicológica y física hacia el género femenino. Con respecto a las for-

Tabla 2. Caracterización de los grupos familiares del asentamiento Lagos de Occidente. Popayán

Variables	n (%)
Sujetos	
Total	46 (100)
Estructura Familiar	
Nuclear completa	33 (72)
Nuclear incompleta	7 (15)
Extensa Completa	4 (9)
Extensa incompleta	2 (4)
Ciclo Vital familiar	
Etapa uno: familia en conformación	1 (2)
Etapa dos: familia con lactantes	1 (2)
Etapa tres: Familia con pre-escolar	1 (2)
Etapa cuatro: familia con escolares	17 (37)
Etapa cinco: familia con adolescentes	18 (39)
Etapa seis: familia adulta	7(15)
Etapa siete: familia anciana	1 (2)
Relaciones familiares	
Buenas	39 (85)
Regulares	7 (15)
Recreación	
Si	4 (11)
No	42 (89)
Actividades Familiares	
Si	30 (60)
No	16 (40)
Redes de Apoyo	
Si	46 (100)

mas de crianza, las madres de niños menores de 12 años(36), manifestaron que dialogaban con ellos antes de aplicar otra forma de corrección. En el 67% (24/36) de las familias que utilizan otros métodos, se encontró que el 33% (8/24) aplica la sanción (suspensión de algo) y en porcentajes similares se usa el castigo verbal y físico.

En la población de 5 a 14 años se detectó que el 25% (15/61) presenta agresividad, retraimiento, baja autoestima y manifestaciones de violencia doméstica. Los datos anteriores indican la necesidad de fomentar y educar en el afecto, como una necesidad primaria para la supervivencia y el establecimiento de relaciones sociales positivas. (23-25)

La recreación a nivel familiar se realiza en el 11% (4/46) de las familias. La falta de recursos económicos y la ausencia de uno de los padres por razones laborales, son las ra-

zones expuestas por las familias que no realizan esta actividad. Sin embargo el 65% (30/46) de las familias refiere realizar actividades que fomentan la unión, como: salir a pasear con los niños, ir de compras, ver televisión, jugar, visitar a familiares.

En cuanto a las redes de apoyo social, se identificó en el 80% (37/46) de las familias la presencia de dos o más redes: familia extensa, amigos, vecinos, grupos de oración, JAC, entre otros; en el porcentaje restante existe una sola red. La presencia de este soporte social es un factor protector contra la aparición de problemas mentales (depresión, estrés psicológico) y problemas fisiológicos (15,18,25,26) cuando los recursos intrafamiliares fallan.

La identificación de las condiciones de salud de la población por grupos etáreos, facilitó la verificación de cobertura en inmunizaciones en el 80% (8/10) del 67% (10/15)

de la población menor de cinco años, que presentó el respectivo carné de vacunación. En la población menor de 10 años, se detectó que el 66% (31/472) no asiste a control de crecimiento y desarrollo, por falta de información y motivación en las madres, lo que dificulta el seguimiento en el normal desarrollo de los niños y en la prevención y/o control de enfermedades.

La identificación de algunos comportamientos que representan riesgos para la salud (27) permitió establecer que el 38% (48/126) de la población en edad reproductiva (10 a 52 años), utiliza métodos de planificación familiar. El método más frecuente es el quirúrgico 44% (21/48), el Dispositivo Intrauterino (DIU) en un 31% (15/48), el condón 10% (5/48), los hormonales en un 10% (5/48) y los naturales (coito interruptus) 4% (2/48). Entre las razones para no planificar se encontraron: dejar la responsabilidad a la pareja 57% (45/78), no tener pareja en el momento 27% (21/78), ser gestante 3% (2/78), concepciones religiosas 3% (2/78) y otras razones 10% (8/78) como: temor, edad. Estas cifras indican la necesidad de enfatizar en el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad a nivel de pareja y en las repercusiones a nivel no solo de la salud sexual y reproductiva, si no en la economía familiar y en el establecimiento de relaciones afectivas positivas a nivel interpersonal y social.

En el grupo de mujeres de 10 a 59 años, se detectó que el 57% (38/67) no se realiza la citología cervico-vaginal, el 75% (50/67) no practica el examen personal del seno (EPS), el 20% (11/56) del 84% (56/67) de las mujeres que presentaron su carné de vacunación, tienen el esquema completo de Toxoide tetánico y vacuna contra rubéola. En cuanto a la presencia de mujeres en embarazo, solo una de las dos gestantes identificadas, asiste a control prenatal lo que favorece su salud materno-fetal. Lo anterior indica que la mujer no está asumiendo estas prácticas en forma rutinaria, como formas de autocuidado de su salud.

En cuanto al consumo de cigarrillo y alcohol, se detectó que en un 33% (15/46) de las familias un miembro de ellas fuma, lo cual puede convertirse en factor de riesgo para enfermedades respiratorias y cardiovasculares²⁸ y sólo en el 20% (9/46) un miembro consume licor. No se encontraron datos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Con respecto a la población masculina mayor de 40 años (16), se encontró que la práctica del examen de próstata no se realiza por desconocimiento de su importancia y por vergüenza.

Los datos anteriores reflejan unos hábitos y costumbres en las personas poco saludables, que pueden ser modificadas a través de acciones educativas y de comunicación social.

La morbilidad detectada en el Asentamiento se relaciona con la presencia de alteraciones visuales (miopía, disminución de agudeza visual, pterigios, opacidad del cristalino) en un 16% (29/184) de la población, alteraciones nutricionales (tanto por defecto como por exceso) el 11% (20/184), lo que sugiere la realización de acciones educativas en nutrición y alimentación, tendientes a reorientar los hábitos y costumbres alimentarias y a la generación de actitudes positivas en la comunidad hacia la utilización de los recursos existentes a nivel familiar y local. Los problemas auditivos se presentan en el 3% (5/184) de la población, un porcentaje similar presenta alteraciones gastrointestinales y un el 7% (13/184) presenta problemas como: prostatitis sin tratamiento, masa en mama, cáncer cervico-uterino, miomatosis, problemas dérmicos, infección urinaria, convulsiones.

Los problemas orales se presentan en un 53% (40/76) de la población menor de 15 años, la frecuencia del cepillado en promedio es de dos veces al día y el uso de la seda dental solo se presenta en el 7% (5/76) de esta población.

El 3%(3/116) de la población mayor de 15 años presenta aumento en las cifras de tensión arterial, condición que puede contribuir al riesgo de enfermedad crónica y enfermedad cerebro-vascular-trombo-embolica, (28) así como a las complicaciones derivadas de la arteriosclerosis, lo cual afecta el corazón, riñón y otros órganos.(29)

En cuanto a los problemas de salud mental, el 25% (46/184) de la población presenta agresividad, retraimiento, baja autoestima y violencia doméstica.

Con base en lo anterior, se puede estimar que las variables socioeconómicas, culturales, personales y de alteración en la desviación de la salud, son condicionantes en el estado de salud del Asentamiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. En el asentamiento Lagos de Occidente se presentan factores de riesgo comportamentales y sociales relevantes que pueden ser modificados con intervenciones eficaces y oportunas de promoción de la sa-

- lud y prevención de la enfermedad y la participación de los diferentes sectores involucrados en el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades como alcaldía, organismos municipales, educativos y no gubernamentales.
2. El acceso de la población del asentamiento a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son escasas por la falta de conocimientos sobre las mismas, la falta de motivación para asistir derivada de la tramitología existente (largas filas para obtener la ficha, madrugar para hacer las fila y alcanzar la ficha, falta de información de los centros sobre los horarios de atención) y escasos recursos económicos para sufragar el costo de la consulta y medicamentos.
 3. Para lograr acciones de impacto en las condiciones de salud y bienestar de la comunidad del Asentamiento, es conveniente dar continuidad al trabajo iniciado en la asignatura del Programa de enfermería, a través de procesos de concertación, participación y reflexión de la cotidianidad en cada uno de los actores del proceso, en cuanto a los problemas detectados y la búsqueda de soluciones para su resolución, comprensión y transformación de la realidad.
 4. Es importante desarrollar proyectos educativos e investigativos dirigidos a grupos poblaciones específicos del asentamiento, sobre las necesidades identificadas para explicar su magnitud, distribución y comprender las actitudes y creencias que sustentan dichos comportamientos y así generar acciones para el fomento y mantenimiento del auto cuidado.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus sinceros agradecimientos a los habitantes del Asentamiento Lagos de Occidente y al presidente de la JAC, señor Herney Medina, por su cooperación y participación en la actividad académica desarrollada y a la Facultad de Ingeniería Civil, departamento de Geotécnicas y en su nombre al ingeniero Germán Cújar, por su disponibilidad y compromiso en el estudio de suelos y adecuación del terreno.

BIBLIOGRAFÍA

1. **García Castaño, R.** Investigación desde el aula, Informativo CIUMAR. Centro de Investigaciones Universidad Mariana. Pasto. 1993; 1(1):1-4.
2. **Peña Sanín, A.** El Diagnóstico Participativo. En: Taller de Docencia Universitaria. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá. 1993.
3. **Laski L, Brindis C.** Evaluación de programas de salud. 1ª. ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1998:1-26.
4. **Pardo de Vélez G, Collazos Cedeño M.** Investigación en salud. Factores Psicosociales. 1ª. ed. Santa fe de Bogotá: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1997:119-131.
5. **Archer S, Fleshman R.** Enfermería de Salud Comunitaria. 2ª. Ed. Cali: OPS; 1982:201-202.
6. **Mejía D, Molina de Uriza J, Soto I, Ruiz C.** Salud Familiar. Sistema de educación Continua. 1ª. Ed. Bogotá. ASCOFAME-ISS; 1990: 63-91.
7. **Jáuregui C, Suárez L.** Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Un enfoque en salud Familiar. 1ª. Ed. Bogotá: Editorial Médica internacional; 1998.:85-124.
8. **Arias L, Alarcón M.** Medicina familiar en la práctica. 1ª. ed. Cali. UNIVALLE. Ministerio de Salud. 1994:111-138.
9. **Arias L, Herrera J.** El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. En: Colombia Médica. Cali. 1994; 25 (1): 26-28.
10. **McMahon R, Barton E, Piot M, Gelina N, Ross F.** Administración de la atención primaria en salud. Una guía para personal de mando medio. 1ª. ed. Colombia: Editorial Pax México OPS. 1989: 173-180.
11. **Sánchez García M.** Vivienda y Salud. Sánchez Moreno A, Aparicio V, Germán C, Mazarra L, Merelles A, Sánchez A. 1ª. ed. Enfermería Comunitaria Concepto de la salud y factores que la condicionan. España. McGraw-Hill Interamericana. 2000: 231-241.
12. **Redding B.** Bases conceptuales para la intervención de Enfermería en Comunidades y sociedades. Redding B. Hall J, Ayzavian A, et al. 2ª ed. Enfermería en Salud Comunitaria Un enfoque de Sistemas. México. OPS. 1990: 277-292.
13. **Ministerio de Salud.** Programa Sistemas Municipales de salud: Cómo elaborar el Plan Local de salud. Serie de manuales de Apoyo del PSMS. Bogotá. 1995:45-60.
14. **Dever A, Champagne F.** Epidemiología y Administración de servicios de Salud. Washington. OPS. 1991:141-182.
15. **León C.** Factores Psicosociales y salud. ASCOFAME ACOFAEN ACFO. Programa de desarrollo educacional con enfoque en atención primaria y salud familiar. Bogotá. 1985.
16. **WERNER C.** Psicología de las relaciones Humanas en la vida profesional y privada. 1ª. ed. Colección Biblioteca de Psicología. Barcelona 1981: 313-314.

17. **Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación, OPS, ICBF.** Experiencias exitosas de Escuelas Saludables en Colombia. Santafé de Bogotá. 2004:105.
18. **Donati P.** La familia en el sistema de los servicios para la salud. Donati P, Sgritta G, Saporoti A, et al. 1ª. ed. Manual de Sociología de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos. 1994:183-193.
19. **Álvarez AR, Álvarez CR, De la Loza A, Verduzco E.** Salud Pública y Medicina preventiva. 2ª. ed. México. Editorial Manual Moderno S.A. 1998:347-348.
20. **Llor B, Abad M, García M, Nieto S.** Ciencias Psicosociales aplicadas a la Salud. 1ª. ed. España: Interamericana- McGraw-Hill. 1998:198-202.
21. **Ortega A, Fernández A, Osorio M.** Funcionamiento familiar: su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. En: Revista Cubana de Medicina General Integrada 2003; 19(4). En línea. Junio 4 de 2005. Disponible en Internet: <www.medicinageneralintegrada.cu>
22. **Amaya P.** Instrumento de Salud familiar general. Manual de aspectos y aplicación del instrumento. Santafé de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. UNIBIBLOS 2004: 20-23.
23. **García A, Cardona M.** Portafolio para el desarrollo de la estrategia de escuelas Saludables: programa Educación en salud. Bogotá. Ministerio de salud. 1999:111.
24. **Shinyashiki R.** La caricia esencial Una psicología del afecto. 1ª. ed. Santafé de Bogotá: Editorial Norma: 1996:10-23.
25. **Barrul E, González P, Martínez P.** El afecto es una necesidad primaria del ser humano. Última actualización 15 de febrero 2001. En línea 2004. Disponible en Internet: www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afectonecesidadprimaria.html
26. **Hogue C.** Asistencia Social. Redding B, Hall J, Ayvazian A, et al. 2ª. ed. Enfermería en Salud Comunitaria Un enfoque de Sistemas. México. OPS 1990: 66-87.
27. **Ministerio de Salud. División de promoción de la salud.** Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema de seguridad social en salud. Santafé de Bogotá; 1996: 26-29.
28. **Manzur F, Olivo Arrieta C, Primo C.** Factores de riesgo, incidencia y prevalencia de enfermedades Cardiovasculares en una población entre 25 y 70 años en la ciudad de Cartagena de Indias Bolívar. En: Revista Colombiana de Cardiología. Bogotá. 2001. 8(8): 363-368.
29. **Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Subdivisión de Vigilancia y Control en Salud Pública.** Factores de riesgo de enfermedades crónicas. Valledupar-Colombia Diciembre 2003. En: Informe Epidemiológico Nacional. Santafé de Bogotá. 2004.9 (6):81-96.