

**CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE FAMILIA Y COMUNIDAD
SALUDABLE DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN SEDE
PASTO DEL PERIODO 2002 - 2012**

**CARLOS MARLON ARCINIEGAS MARQUEZ
MARIA ALEJANDRA BENAVIDES MARCILLO
EDITH YAMILE DAZA DAZA
MARIA FERNANDA ERASO CABRERA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2015**

**CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE FAMILIA Y COMUNIDAD
SALUDABLE DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN SEDE
PASTO DEL PERIODO 2002 - 2012**

**CARLOS MARLON ARCINIEGAS MARQUEZ
MARIA ALEJANDRA BENAVIDES MARCILLO
EDITH YAMILE DAZA DAZA
MARIA FERNANDA ERASO CABRERA**

Trabajo de grado como requisito para optar el título de Médico General

Asesor científico: Msc. Luis Eduardo González Martínez

Asesor metodológico: Dr. Armando Téllez Ariza

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2015**

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo a Dios, por sus bendiciones y fortaleza diaria para culminar con éxito este gran logro en nuestras vidas.

A la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN por formarnos con calidad humana y ser profesionales íntegros para servir a nuestra comunidad Nariñense y de Colombia.

DEDICATORIA

Primero gracias a Dios por ser nuestra guía y una fuente de inspiración, agradezco a mi papa por ser el gran ejemplo que es, el mejor del mundo y por el apoyo económico que me ha brindado siempre, a mi mamá (QEPD) por cuidarme, amarme y apoyarme siempre desde el cielo, eres mi ángel que me cuidas siempre madre hermosa te amo, a mis hermanas y mi sobrino que son la fuente de energía para seguir siempre adelante, gracias por todo el apoyo que me brindan día tras día, a mis compañeras de trabajo gracias por los buenos y malos manetos que pasamos durante la realización de este trabajo, a los asesores por brindarnos todas las ayudas y apoyo para construir y realizar este trabajo de grado.

CARLOS MARLON ARCINIEGAS

DEDICATORIA

Primero dedico esta tesis a DIOS, a San Martín de Porres patrono de la paz por iluminar mi mente y mi corazón y permitirme culminar mi sueño de ser profesional de la salud en servicio de la comunidad.

A mis padres quienes me dieron la vida, el amor, educación, consejos y me alentaron para continuar mi carrera aun cuando he sentido rendirme.

A mi hijo por ser el motor de mi vida, quien alienta mi espíritu para seguir adelante.

También agradezco a mis amigos y compañeros de trabajo quienes fueron un gran grupo de apoyo académico y emocional durante el tiempo en que realizamos esta tesis.

A mis asesores de tesis: Doctor Armando Téllez; Doctor Luis Eduardo Gonzales quienes sacaron de su tiempo para enseñarnos, compartir su sabiduría y resolver nuestras inquietudes siempre con dedicación y paciencia y nunca desistieron. A ellos que continuaron depositando su esperanza en mí Y en mi grupo de trabajo, Para ellos es esta dedicatoria de tesis, gracias por su apoyo incondicional.

MARIA ALEJANDRA BENAVIDES MARCILLO

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de grado principalmente a Dios y a mis padres Alfredo y Esperanza Daza puesto que son mi gran fuente de inspiración y motivación para cumplir con éxito mis sueños y metas, por su apoyo incondicional a pesar de las dificultades, su compañía y amor inigualable en cada momento de mi vida.

A mis abuelos Jorge Daza y Rosa Meneses quienes son fuente incondicional de apoyo para mí y mis padres, por brindarme su amor y cariño, por hacerme saber que cuento con ellos en las buenas y en las malas, por comprenderme y hacerme sentir una persona muy especial para ellos, igualmente a mis abuelitos paternos que en paz descansen y a pesar de que no están con nosotros, sé que me brindan su bendición desde el cielo.

A mi hermano Andrés y mi primo Jonnathan Meneses por ser esas personas únicas y especiales dispuestas ayudarme y apoyarme cuando lo necesite.

A ustedes, tías, primos, amigos presentes y pasados, profesores y a todas las personas que de alguna u otra forma siempre me brindan la fuerza y energía suficiente para alcanzar mis metas..... por siempre en mi corazón mi agradecimiento.

EDITH YAMILE DAZA DAZA

DEDICATORIA

Agradezco a mi Dios por su bendición de permitirme alcanzar esta meta de ser médico.

A mis padres que con su esfuerzo y dedicación me han apoyado incondicionalmente para que día a día mi formación sea la mejor y pueda brindar lo aprendido en mi academia y en mi hogar a las personas que me rodean.

A mi hermano, familia, amigas, amigos, profesores y demás que de una u otra manera han contribuido a mi formación tanto personal como profesional al compartir experiencias que habitan en mi mente y en mi corazón.

*Al doctor Luis Eduardo González M que fue un gran apoyo en el avance de nuestro proyecto dándonos ánimos para que este trabajo lo hagamos con esmero, dedicación y excelencia.
Con mucho cariño y aprecio.*

MARIA FERNANDA ERASO CABRERA

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado 1

Jurado 2

San Juan de Pasto, Marzo de 2015

,

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no compromete a la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto.

TABLA DE CONTENIDO

pág.

TOC \h \u \z \t "Heading 1,1,Heading 2,2,Heading 3,3,"INTRODUCCIÓN.....	21
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	23
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	23
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
2. JUSTIFICACIÓN	25
3. MARCO REFERENCIAL.....	27
3.1 MARCO CONTEXTUAL.....	27
3.1.1 Características generales del Corregimiento de Cabrera.....	27
3.1.2 Características generales del Corregimiento de Jongovito.....	29
3.1.3 Características generales del Corregimiento de San Fernando.....	31
3.1.4 Caracterización de las familias del municipio de Pasto	32
3.2 MARCO TEORICO.....	34
3.2.1 Épocas de evolución de la familia	34
3.2.2 La familia en el sector rural.....	34
3.2.3 La familia en Colombia vive una dinámica entre lo tradicional y lo moderno.....	35
3.2.4 Rasgos generales de la familia según regiones.....	35
3.2.5 Instrumentos de evaluación en Medicina Familiar.....	36
3.2.5.1 Familiograma.....	37
3.2.5.2 APGAR.....	39
3.2.5.3 Ecomapa.....	40
3.2.5.4 Ficha SIPRIS.....	41
3.2.5.5 Plan De Intervención Familiar.....	42
3.2.6 Aportes de los instrumentos en la medicina familiar.....	43
3.2.7 Importancia de la Medicina Familiar en la universidad	43

3.3 MARCO CONCEPTUAL.....	45
3.4 MARCO LEGAL.....	48
3.4.1 Lineamientos Internacionales... ..	48
3.4.2 Lineamientos Nacionales.....	49
4. OBJETIVOS.....	53
4.1 OBJETIVO GENERA.....	53
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
5. METODOLOGÍA.....	54
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	54
5.1.1 Enfoque del estudio.....	54
5.1.2 Tipo de Estudio.....	54
5.2 POBLACIÓN.....	55
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	56
5.3.1 Criterios de inclusión.....	56
5.3.2 Criterios de exclusión.....	56
5.4 Variables (Ver anexo E.).....	57
5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	57
5.5.1 Fuentes de información Primaria.....	57
5.5.2 Fuentes de información Secundaria:.....	57
5.6 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	57
5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	57
5.6 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.....	57
5.9 CONSIDERACIONES ETICAS.....	58
6. ANALISIS DE RESULTADOS.....	59
6.1 ANALISIS UNIVARIADO.....	59
6.1.1 Área Geográfica.....	60
6.1.2 Aspectos de la familia.....	61
6.1.3 Aspectos de la vivienda.....	67
6.1.4 Aspectos extradomiciliarios.....	78
6.1.4.1 Accesibilidad.....	78
6.1.5 Dimensiones culturales.....	81

6.1.5.1 Medicina tradicional.....	81
6.1.6 Niños menores de 10 años.....	83
6.1.7 Jóvenes de 10 a 24 años.....	89
6.1.8 Salud Sexual y Reproductiva: I mujeres de 10 a 49 años	93
6.1.9 Mujeres de 10 años y más.....	94
6.1.10 Gestacion, parto y post- parto.....	97
6.1.10.1 Gestación.....	97
6.1.10.2 Parto.....	100
6.1.12Adulto mayor de 45 años y más.....	105
6.1.13 Apgar familiar.....	114
6.1.14 Ecomapa.....	115
6.1.15 Familiograma.....	117
6.2 ANALISIS BIVARIADO.....	131
DISCUSIÓN.....	142
CONCLUSIONES.....	150
LIMITACIONES.....	152
RECOMENDACIONES.....	153
PERSPECTIVAS.....	155
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	156
ANEXOS	

LISTADO DE IMÁGENES

pág.

TOC \h \u \z \t "Heading 1,1,Heading 2,2,Heading 3,3,Heading 4,4,Heading 5,5,Heading 6,6,"Imagen 1: Corregimiento de Cabrera.

Imagen 2: Corregimiento de Jongovito.

Imagen 3: Corregimiento de San Fernando.

Imagen 4: Familiograma.

Imagen 5: Ecomapa.

LISTADO DE GRÁFICOS

	pág.
TOC \h \u \z \t "Heading 1,1,Heading 2,2,Heading 3,3,Heading 4,4,Heading 5,5,Heading 6,6,"Gráfico 1: Familias inscritas en la estrategia de Familia y Comunidad Saludable de la FUSM por corregimiento.	60
Gráfico 2: Tipo de familia.	61
Gráfico 3: Sexo vs Corregimiento.	62
Gráfico 4: Tipo de afiliación vs Corregimiento.	63
Gráfico 5 Educación vs Corregimiento.	64
Gráfico 6: Ocupación vs Corregimiento.	65
Gráfico 7: Estado Civil vs Corregimiento.	66
Gráfico 8: Origen del agua consumible.	67
Gráfico 9: Tratamiento casero del agua.	68
Gráfico 10: Disposición de la basura.	69
Gráfico 11: Servicio sanitario.	70
Gráfico 12: Tipo de alumbrado.	71
Gráfico 13. Material piso.	72
Gráfico 14:. Material techo.	73
Gráfico 15. Material de las paredes.	73
Gráfico 16. Tiempo que tarda en llegar al centro de salud	77
Gráfico 17. Riesgos de desastres naturales	78
Gráfico 18: Exposición a Contaminantes.	79
Gráfico 19: Cuando se enferma algún miembro de familia a donde acude.	80
Gráfico 20. Uso de medicamentos y plantas medicinales.	81
Gráfico 21: Detección de problemas en niños menores de 10 años.	83
Gráfico 22: Tipo de maltrato en niños menores de 10 años.	84
Gráfico 23: Morbilidad al nacer en niños menores de 10 años.	85
Gráfico 24: Discapacidad en niños menores de 10 años.	86
Gráfico 25: Salud oral en niños menores de 10 años.	

Gráfico 26: Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años.	88
Gráfico 27: Control del Jóven de 10 A 24 años.	89
Gráfico 28: Detección de problemas en jóvenes de 10 a 24 años.	90
Gráfico 29: Salud Oral en jóvenes de 10 a 24 años.	91
Gráfico 30: Tipo de maltrato en jóvenes de 10 a 24 años.	92
Gráfico 31: Estilos de vida en jóvenes de 10 a 24 años.	93
Gráfico 32: Planificación familiar de hombres y mujeres de 10 a 49 años.	94
Gráfico 33: Citología en mujeres de 10 años y más.	95
Gráfico 34: Examen de Seno	95
Gráfico 35: Control prenatal.	97
Gráfico 36: Riesgo materno.	98
Gráfico 37: Tipo de parto.	99
Gráfico 38: Alteraciones de la nutrición en hombres y mujeres de 25 años a 44 años.	99
Gráfico 39: Problemas detectados en hombres y mujeres de 25 a 44 años.	100
Gráfico 40: Salud oral en hombres y mujeres de 25 a 44 años.	101
Gráfico 41: Tipo de maltrato en hombres y mujeres de 25 a 44 años.	102
Gráfico 42: Estilos de vida en hombres y mujeres de 25 a 44 años.	104
Gráfico 43. Alteraciones de la nutrición de 45 años y más.	105
Gráfico 44: Problemas detectados en mayores de 45 años y más.	106
Gráfico 45: Salud oral en mayores de 45 años y más.	107
Gráfico 46: Examen de próstata en mayores de 45 años y más.	108
Gráfico 47: Estilo de vida en mayores de 45 años y mas.	108
Gráfico 48: Tipo de maltrato en mayores de 45 años y mas.	109
Gráfico 49: Enfermedades crónicas en mayores de 45 años y mas.	110
Gráfico 50: Tratamiento de la enfermedad en mayores de 45 años y mas.	111
Gráfico 51: Quien trata la enfermedad en en los mayores de 45 años y mas	112
Gráfico 52: Funcionalidad familiar del jefe de familia con su núcleo familiar.	113
Gráfico 53: Interacción de la población con el medio externo.	

Gráfico 54: Enfermedades más prevalentes en la población.	115
Gráfico 55: Actividad educativa ambiental.	116
Gráfico 56: Actividad educativa para las enfermedades cardiovasculares.	117
Gráfico 57: Actividad educativa de enfermedades oncológicas.	118
Gráfico 58: Actividades educativas en salud sexual y reproductiva.	119
Gráfico 59: Actividad educativa en salud oral.	120
Gráfico 60: Educación en estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).	121
Gráfico 61: Educación en el desarrollo de enfermedad diarreica aguda.	122
Gráfico 62: Educación en la prevención de la desnutrición.	123
Gráfico 63: Convivencia sana y prevención de la violencia intrafamiliar.	124
Gráfico 64. Clasificación de Riesgo de enfermedades oncológicas y cardiovasculares.	125
Gráfico 65: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención en los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando	126
Gráfico 66: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Cabrera.	128
Gráfico 67. Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Jongovito.	129
Gráfico 68: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de San Fernando.	130
Gráfico 69: Corregimiento vs actividad educativa cáncer de seno.	131
Gráfico 70: Corregimiento vs actividad educativa cáncer de cérvix.	132
Gráfico 71: Corregimiento vs actividad educativa estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).	133
Gráfico 72: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades cardiovasculares.	134
Gráfico 73: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades oncológicas.	135
Gráfico 74: Corregimiento vs actividad educativa en métodos de planificación.	136
Gráfico 75: Corregimiento vs actividad educativa en hipertensión arterial.	137

LISTADO DE TABLAS

Pág.

TOC \h \u \z \t "Heading 1,1,Heading 2,2,Heading 3,3,Heading 4,4,Heading 5,5,Heading 6,6,"Tabla 1: Corregimientos y Veredas en estudio

Tabla 2: Distribución de la población por corregimiento.

Tabla 3: Familias inscritas en la estrategia de Familia y Comunidad Saludable de la FUSM por corregimiento.

Tabla 4.: Tipo de familia.

Tabla 5: . Sexo vs Corregimiento.

Tabla 6: Tipo de afiliación vs Corregimiento.

Tabla 7: Educación vs Corregimiento.

Tabla 8: Ocupación vs Corregimiento.

Tabla 9: Estado Civil vs Corregimiento.

Tabla 10: Origen del agua consumible.

Tabla 11: Tratamiento casero del agua.

Tabla 12: Disposición de la basura.

Tabla 13: Servicio sanitario.

Tabla 14: Tipo de alumbrado.

Tabla 15: Material piso.

Tabla 16. Material techo.

Tabla 17:; Material de las paredes.

Tabla 18: Calidad de la iluminación y la ventilación.

Tabla 19: Roedores.

Tabla 20: Poseen anjeos en puertas y ventanas.

Tabla 21: Más de tres personas por dormitorio

Tabla 22: . Humo en la vivienda.

Tabla 23: Animales dentro de la vivienda.

Tabla 24: Tenencia de la vivienda.

Tabla 25: Actividad productiva dentro de la vivienda.

Tabla 26: Tiempo que tarda en llegar al centro de salud

Tabla 27: Riesgos de desastres naturales.

Tabla 28: Exposición a Contaminantes.

Tabla 29: . Cuando se enferma algún miembro de familia a donde acude.

Tabla 30: Uso de medicamentos y plantas medicinales.

Tabla 31: Desnutrición en niños menores de 10 años.

Tabla 32: Desparasitación en niños menores de 10 años.

Tabla 33: Detección de problemas en niños menores de 10 años.

Tabla 34: Tipo de maltrato en niños menores de 10 años.

Tabla 35. Morbilidad al nacer en niños menores de 10 años.

Tabla 36 : Discapacidad en niños menores de 10 años

Tabla 37. Salud oral en niños menores de 10 años.

Tabla 38: Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años.

Tabla 39: Control del Joven de 10 A 24 años.

Tabla 40: Detección de problemas en jóvenes de 10 a 24 años.

Tabla 41: Salud Oral en jóvenes de 10 a 24 años.

Tabla 42: Tipo de maltrato en jóvenes de 10 a 24 años.

Tabla 43. Estilos de vida en jóvenes de 10 a 24 años.

Tabla 44: Planificación familiar de hombres y mujeres de 10 a 49 años.

Tabla 45: Citología en mujeres de 10 años y más.

Tabla 46: Examen de Seno

Tabla 47: Violencia contra la mujer de 10 años y más

Tabla 48: Control prenatal.

Tabla 49: Riesgo materno.

Tabla 50: Tipo de parto.

Tabla 51: Alteraciones de la nutrición en hombres y mujeres de 25 años a 44 años.

Tabla 52: Problemas detectados en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Tabla 53: Salud oral en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Tabla 54: ipo de maltrato en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Tabla 55: Estilos de vida en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Tabla 56: Alteraciones de la nutrición de 45 años y más.

Tabla 57: Problemas detectados en mayores de 45 años y más.

Tabla 58: Salud oral en mayores de 45 años y más.

Tabla 59: Examen de próstata en mayores de 45 años y más.

Tabla 60: Estilo de vida en mayores de 45 años y mas.

Tabla 61: Tipo de maltrato en mayores de 45 años y mas.

Tabla 62: Enfermedades crónicas en mayores de 45 años y mas.

Tabla 63: Tratamiento de la enfermedad en mayores de 45 años ymas.

Tabla 64: Quien trata la enfermedad en en los mayores de 45 años y mas

Tabla 65: Interacción de la población con el medio externo.

Tabla 66: Enfermedades más prevalentes en la población.

Tabla 67: Actividad educativa ambiental.

Tabla 68: Actividad educativa de enfermedades cardiovasculares.

Tabla 69: Actividad educativa de enfermedades oncológicas.

Tabla 70: Actividades educativas en salud sexual y reproductiva.

Tabla 71: Actividad educativa en salud oral.

Tabla 72: Educación en estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).

Tabla 73: Educación en el desarrollo de enfermedad diarreica aguda.

Tabla 74: Educación en la prevención de la desnutrición.

Tabla 75: Convivencia sana y prevención de la violencia intrafamiliar.

Tabla 76: Clasificación de Riesgo de enfermedades oncológicas y cardiovasculares.

Tabla 77: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención en los corregimientos en los de corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando

Tabla 78: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Cabrera.

Tabla 79: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Jongovito.

Tabla 80: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención Vs Corregimiento de san Fernando.

Tabla 81: Corregimiento vs actividad educativa cáncer de seno.

Tabla 82 Corregimiento vs actividad educativa cáncer de cérvix.

Tabla 83: Corregimiento vs actividad educativa estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).

Tabla 84: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Tabla 85: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades oncológicas.

Tabla 86: Corregimiento vs actividad educativa en métodos de planificación.

Tabla 87: Corregimiento vs actividad educativa en hipertensión arterial.

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
TOC \h \u \z \t "Heading 1,1,Heading 2,2,Heading 3,3,Heading 4,4,Heading 5,5,Heading 6,6,"Anexo A. Cronograma	151
Anexo B. Presupuesto	152
Anexo C. Instrumentos	154
Anexo D. Guía para la clasificación de enfermedades Cardiovasculares y Oncológicas.	169
Anexo E. Variables.	179
Anexo F. Artículo	194

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha evidenciado la importancia de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y el mantenimiento de la salud del individuo y la familia como primer agente de socialización de valores, hábitos, costumbres, normas, leyes, entre otras bases óptimas para la sociedad. “Por tal razón es importante la creación de programas tendientes a promover conductas responsables en el ámbito de la salud en los integrantes de la familia con la intervención dinámica de la misma, la comunidad y la academia así como también el reforzamiento de sus factores protectores”(1).

En ese orden de ideas, cabe mencionar que la constante y vertiginosa evolución social característica de los últimos decenios, exige un cambio de enfoque frente al trabajo de impacto social en salud, lo que conlleva a romper las barreras institucionales y a proyectar trabajo transdisciplinarios e intersectoriales en los cuales la academia debe estar presente como se comprueba a través de la intervención en Salud Comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín Facultad de Medicina sede Pasto en sectores urbanos y rurales del municipio.

Es así, como se orientó el estudio del trabajo realizado por estudiantes de V a X semestre de la Fundación Universitaria San Martín Facultad de Medicina sede Pasto en la aplicación del modelo de Intervención en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario desde el año 2002 hasta el año 2012, a partir de los registros de las carpetas familiares e instrumentos de recolección de información donde reposan los datos sobre el estado de la salud al interior de la familia (Familiograma, Ecomapa, Apgar Familiar, ficha SIPRIS y el Plan de Intervención) para la realización de la caracterización socio demográfica de la población, un acercamiento hacia el historial familiar e identificación de los factores de riesgo,” articulados a las funciones sustantivas de la educación que son: academia, investigación y proyección social”(2).

La metodología de investigación se centra en un paradigma cuantitativo, tipo de investigación observacional-descriptiva, y de corte transversal. Se establecen las variables a analizar; con el ánimo de obtener resultados confiables de la realidad existente con respecto al tema objeto de estudio y definir si el trabajo de intervención realizado está cumpliendo con los objetivos del proyecto institucional del área de Salud Familiar y Comunitaria.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La población objeto de interacción corresponde a la zona rural del municipio de Pasto en los corregimientos de: Cabrera, Jongovito y San Fernando. “Los estudiantes de medicina adoptan familias para brindar asesorías en salud a través de actividades pedagógicas realizadas en el marco de la visita familiar cuyo objetivo es fortalecer el enfoque familiar y comunitario”(3).

La salud familiar se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, el enfrentamiento ante cada nueva situación, la forma en que se educan y socializan los miembros; esto se ha convertido en uno de los motivos que busca el programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, creando un compromiso comunitario para la salud familiar; que se desarrolla a partir de la condición individual, así mismo desde la parte social en especial desde la familia, que se ha constituido históricamente como “la célula básica de la sociedad y el primer agente de socialización y educación del ser humano”(4).

Desde esa óptica, la Fundación Universitaria San Martín ha procurado convertirse en una garante de alta calidad educativa en relación a su programa de Medicina al tiempo que desde el mismo, “se realicen aportes a nivel comunitario generando escenarios que favorezcan la salud, con un enfoque biopsico-social, permitiendo un abordaje integral del proceso salud-enfermedad en correspondencia con el área de Proyección Social”(5, 6).

Por tanto, se debe tener en cuenta que la información de las carpetas de los períodos 2002 a 2012 no se encuentran registrados en una base de datos que garantice el manejo de esta información y sea un camino viable a determinar datos de vital importancia que permitan realizar intervenciones a futuro no solo en la comunidad y la familia, sino también en la formación académica de los estudiantes “aportando de esta forma al desarrollo humano que no se puede realizar si no hay vida y salud”(7).

El problema de investigación se centra en la falta de sistematización de la información recolectada en las carpetas bajo esta línea de tiempo, no están identificados los factores de riesgo de las familias registradas, la clasificación de las enfermedades prevalentes que más afectan a dicha comunidad, así como también las estrategias de intervención para mejorar la salud familiar y comunitaria.

Esta información es importante para la continua toma de decisiones, validación de la información, retroalimentación y mejora de los procesos investigativos del programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín y las comunidades intervenidas, que da cuenta de la presencia de los estudiantes de Medicina en la realidad preventiva asociada a la salud de algunos sectores de Pasto.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los registros en las carpetas familiares, del periodo 2002 - 2012 realizado por los estudiantes del programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín (FUSM) sede Pasto permiten la caracterización de la estrategia de familia y comunidad saludable del área de Socio-humanística y el área de Proyección Social?

2. JUSTIFICACIÓN

“La familia se constituye en la institución sobre la cual gravita la cotidianidad como las interacciones de los padres de donde se genera la presencia física, mental y espiritual de las personas en el hogar, con disponibilidad al diálogo y la convivencia, haciendo un esfuerzo por cultivar los valores, así como también los hábitos de vida saludables que permiten cuidar de la salud previniendo enfermedades” (8). Cuando esto no se presenta, crea entornos familiares que no permiten lograr una adecuada salud física, mental y espiritual, por tanto, es necesaria la participación de entidades de formación superior, como la Fundación Universitaria San Martín en su facultad de Medicina de la sede Pasto, que desde tiempo atrás dedica esfuerzos académicos en pro de poblaciones vulnerables. Esto derivado del papel del futuro médico que básicamente su profesión propende por la autorrealización humana a través del análisis minucioso de las funciones físicas de los individuos y la manera como inciden las limitaciones para desempeñarse satisfactoriamente en el ámbito familiar y comunitario, “se busca que la persona se sienta apoyada por el contexto familiar en el que vive y participe de manera dinámica en los procesos de intervención en salud”(9).

En consecuencia con el proyecto planteado, se sugiere una visión holística de dicho quehacer profesional, donde se dimensiona la acción del estudiante, sobre la base de una atención a partir de un modelo profesional más abierto, humanista, de tipo social en el cual los autores principales del proceso rehabilitador sean en primer lugar la persona a la cual se llega por medio de visitas domiciliarias de tipo familiar, siendo el resultado del Proyecto de Atención Integral de Salud Familiar del área de Proyección Social, “que desea llegar a la comunidad para promover la salud y prevenir la enfermedad al interior de escenarios familiares y así definir programas en los cuales el estudiante pueda participar activamente en el bienestar del paciente ocupando un espacio importante dentro del tejido familiar y social, tomando las riendas en el manejo integral de la salud de quien está a su cargo en dirección al logro de los objetivos propuestos en el plan de intervención” (3). Sobre esa base se pretende caracterizar los procesos creados por el Programa de Medicina en dirección a la Atención Integral de Salud Familiar para mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta que “los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo, para así conseguir personas y comunidades saludables”(10, 11).

En ese sentido se pretende puntualizar y analizar la realidad que gira en torno al proyecto institucional en Salud Familiar, conociendo si este, está generando la respuesta a las directrices que orientan el área de Proyección Social dentro de la práctica comunitaria del programa de Medicina, por medio de una base

de datos sistematizada, para determinar datos estadísticos de cada instrumento utilizado en las carpetas de salud familiar y comunitaria, determinar patologías prevalentes en familia - comunidad, identificar la funcionalidad familiar y comunitaria, distinguir factores de riesgo integrales, afianzar programas de promoción y prevención familiar y comunitaria realizados en los planes de intervención. Con el fin de que dicha evaluación del Modelo de Intervención en Salud de la Fundación Universitaria San Martín, genere procesos cuantitativos y cualitativos de los registros contenidos en las carpetas familiares, ajustar, retroalimentar y validarla información existente, con el fin de que a futuro se cree una línea base que permita evaluar el proceso integral de este programa.

Así mismo con la investigación se busca generar escenarios de reflexión a partir del cual, se tome consciencia desde las instituciones de educación superior y entidades oficiales en la necesidad de trabajar de manera mancomunada en bien de la comunidad vulnerable brindando apoyo a partir de programas de atención e intervención desde el enfoque de la salud integral y familiar.

El proyecto de investigación cobra importancia en el sentido de que permite hacer una caracterización socio- demográfica de la población de Cabrera, Jongovito y San Fernando, al mismo tiempo permite identificar los factores de riesgo, las enfermedades más prevalentes que afectan a esta población y determinar si se está realizando una acorde intervención entre las verdaderas necesidades que esta población presenta con las actividades académicas que los estudiantes de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín cumplen en su plan de estudio. De igual manera se tendrá una información establecida en la línea de tiempo comprendido entre el período 2002- 2012 que servirá como referencia para la intervención de otros grupos académicos con características similares, pues en su ejecución se puede invitar de forma permanente la participación activa de los miembros de la comunidad, asistentes en salud, estudiantes de medicina y demás interesados sea de la Fundación Universitaria San Martín o cualquier otra institución, con lo cual se pretende lograr un aprendizaje continuo y recíproco, “que ante todo prevalezca la información precisa que conduzcan a prevenir la enfermedad en núcleos familiares”(12).

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONTEXTUAL

Tabla 1: Corregimientos y Veredas en estudio

CORREGIMIENTO	VEREDAS
CABRERA	Cabecera: Cabrera Centro. Veredas: Buenavista, Duarte, La Paz y El Purgatorio.
JONGOVITO	Cabecera: Jongovito centro Veredas: Jongovito Centro, Chuquimarca, Cruz Loma, Josefina, Armenia, San Pedro, San Francisco.
SAN FERNANDO	Cabecera: San Fernando Centro Vereda: Dolores Retén, El Común, Alto San Fernando, La Cadena, Camino Real y Caracolito.

Fuente: www.pasto.gov.co

3.1.1 Características generales del Corregimiento de Cabrera.

Imagen 1: Corregimiento de Cabrera.



Fuente: <http://jimmybotina.blogspot.com/>

Cabrera es un corregimiento que pertenece al municipio de Pasto y que fue declarado como tal el día 30 de agosto de 2011. El corregimiento en sí está ubicado en el corredor oriental a una altura de 2820 msnm, a 7 kilómetros de distancia de la ciudad de Pasto. Históricamente se puede afirmar que antes del descubrimiento de América, el corregimiento de

Cabrera debió ser uno de los tantos poblados Quillacingas del Valle de Atriz, que después de la conquista y durante el coloniaje de los Españoles, paso a ser encomienda del español encomendero y conquistados Luis Casañas, con el nombre de Aldea de Cabrera a mediados del siglo XV.

III siglos después llego la guerra por la independencia de Colombia, con la victoria de los patriotas sobre los españoles, entonces la Aldea de Cabrera paso a ser una población de campesinos.

Con el transcurrir del tiempo sus habitantes mediante la tradición de padres a hijos han creado varias versiones sobre los orígenes de su nombre, todas de encantos y fantasías. Una de ellas dice que “aparecen en la Aldea un Fraile llamado Juan de Dios Cabrera acompañado por un capitán llamado Alfonso Aragón quienes permanecieron mucho tiempo imponiendo la religión católica y el idioma español, aprovechándose de la ingenuidad de sus pobladores, les robaron sus riquezas luego emprendieron el viaje a Cartagena acarreándose dos mulas cargadas de riquezas.

Pero en el sitio llamado San Francisco, el Fraile miro hacia atrás y exclamo con admiración ¡Ah... Este paraíso refugio de Quillacingas y en presencia de sus acompañantes dijo “Yo te bautizo como dice mi apellido Cabrera”; desde ese tiempo se llamó Aldea de Cabrera pero más adelante en el recorrido se encontraron con un pozo de agua de color azul donde se podía ver en el fondo una tutuma de oro, el fraile quedo impresionado y motivado por su ambición, quiso apoderarse de ella sumergiéndose cada vez más en el pozo hasta que se ahogó. En ese momento hubo tormentas y truenos, quedando todo encantado y convertido en piedras. Desde ese momento se lo conoce a este lugar como “El pozo de Fraileo San Francisco”

Dentro de sus características climáticas más notables, su temperatura promedio anual oscila en los 11° C, con un número poblacional aproximado de 2.800 habitantes, Cabrera se caracteriza por ser un corregimiento de fuertes raíces religiosas, sus fiestas patronales por ejemplo se celebran a su patrono, el señor de la Buena Esperanza los días 29 y 30 de Septiembre. La actividad económica principal la agricultura. Sin embargo, en la actualidad se ha convertido en un lugar para visitar por sus tradiciones gastronómicas: cuy, conejo, frito pastuso, mazamorra, dulces de chilacuan y calabaza.

En su división político-administrativa Cabrera cuenta con cinco veredas: Purgatorio, Duarte, La Paz, Buenavista y Cabrera Centro. Los principales cultivos en el corregimiento son: cebolla, maíz, papa, hortalizas, sin

embargo se ve en mínima escala algunos cultivos de arveja, haba, frutales; la situación productiva presenta baja rentabilidad de los cultivos y alta intermediación de sus productos lo cual hace que se requiera la implementación de nuevas alternativas que generen mano de obra y que permitan obtener mejores ingresos económicos para la población(3).

3.1.2 Características generales del Corregimiento de Jongovito.

Imagen 2: Corregimiento de Jongovito.



Fuente: <http://conoce-narino.wikispaces.com/>

El Corregimiento de Jongovito, se encuentra ubicado a 4 Km de la ciudad de Pasto, con 3.000 habitantes, tienen una temperatura de 11°C, su altura es de 2900 m.s.n.m., fue en el pasado, vereda del Corregimiento de Catambuco; actualmente posee 7 veredas las cuales son Jongovito Centro, San Francisco, San Pedro, Chuquimarca, Cruz Loma, Josefina y Armenia.

Los límites de este corregimiento son: por el norte con la ciudad de Pasto, por el sur con el corregimiento de Gualmatan, por el oriente con el corregimiento de Catambuco y por el occidente con el corregimiento de Obonuco.

Los habitantes de Jongovito se distinguen por su espíritu dinámico y progresista, sus habitantes están dedicados en un 90% a la alfarería convirtiéndose en el principal proveedor de materiales de construcción para la ciudad de Pasto y demás Municipios del Departamento de Nariño. En las faldas del volcán Galeras, antiguo asentamiento de los Quillacingas, se encuentra ubicada la población de San Pedro de Jongovito, Fundada el 24 de junio de Por Alonso Carrillo. La historia de la vereda de Jongovito se remonta a la época de la colonia cuando los españoles establecieron los veintiún resguardos indígenas en los alrededores de la ciudad de San Juan de Pasto, como cabecera de resguardo se mantiene hasta la década de los años 1950, cuando se desintegra por causa de presiones políticas dirigidas al fraccionamiento de sus tierras comunitarias.

Este hecho corresponde a que por la misma época en el altiplano nariñense existe una gran concentración de tierras de la mejor calidad en pocas manos, lo que da lugar a numerosas migraciones de población agrícola hacia las tierras selváticas de la Costa del Pacífico y del Putumayo.

Las comunidades que continuaron establecidas en sus territorios tradicionales, bajo un régimen de minifundio y micro minifundio, como en el caso de los habitantes de Jongovito, se vieron abocadas a las influencias de un sistema de relación de producción, basado en la oferta y la demanda de sus productos agropecuarios, artesanales, pero en especial de su mano de obra.

El hombre de Jongovito aún tiene la posibilidad de mantener una estrecha conexión con la tierra que le permite producir años tras año en una misma época, manifestaciones de carácter económico, sociales, culturales y religiosos, que se condensan en el tiempo de las fiestas Patronales.

A finales de los años noventa Jongovito sufre fenómeno en su identidad ya que después de ser una Vereda del Corregimiento de Catambuco, pasa a ser Barrio de la Comuna 4 y termina siendo una Vereda más del Corregimiento de Obonuco, hasta el 30 de julio del año 2003 donde gracias a la invaluable colaboración del Honorable Concejo Municipal, Alcalde Municipal de Pasto y al querer de toda la Comunidad, fue reconocido como el Corregimiento No. 13 del Municipio de Pasto, mediante Acuerdo 018 del 30 de Julio de 2003.

Se conservan valores arquitectónicos como el templo de la Inmaculada Concepción, que es uno de los elementos patrimoniales con mayor valor para los habitantes, dicho templo se construyó en reemplazo de la

antigua capilla de doctrina de la época de la colonia. Sus santos patronos son: San Pedro y San Pablo, cuya fiesta se celebra los días 29 y 30 de mes de junio y el 1 del mes de julio;

Para los visitantes de las fiestas con “sabor a Pan”, los días 28 y 29 de junio constituyen la esencia del desarrollo de las mismas, en cambio para los habitantes del Corregimiento de Jongovito, la Fiesta de Guaguas de Pan en Jongovito, comienza quince (15) días antes en la cual intervienen(13).

3.1.3 Características generales del Corregimiento de San Fernando.

Imagen 3: Corregimiento de San Fernando.



Fuente: www.pasto.gov.co.Romería Cruz de San de San Fernando 2010

San Fernando, se ubica en el Departamento de Nariño al sur del País a 4 Km de la ciudad de Pasto, muy pegada a la vía oriente, su temperatura es de 10 a 14°C, su altura es de 2800 m.s.n.m., posee 6 veredas iniciando con Dolores Retén, El Común, Alto San Fernando, La Cadena, Camino Real y Caracolito; fue creado el 16 de Noviembre de 2006.

Los límites de este corregimiento son: por el norte con el corregimiento de Cabrera, por el sur con el corregimiento de Mocondino, por el oriente con el corregimiento de La Laguna y por el occidente con el corregimiento de Buesaquillo.

San Fernando hacia parte de la vereda de Pejendino Reyes hasta finales del siglo XIX, cuando a los moradores del sector se les ocurrió que la capilla les quedaba muy lejos para asistir a los actos religiosos y que además estaba descuidada; entonces le consultaron al obispo de Pasto, si les autorizaba construir otra capilla en su sector, petición que les fue concedida.

Comenzando el siglo XX y por el sistema de mingas, los campesinos lograron construir su propio templo; claro que no fue tan fácil, cuentan que la madera para su construcción la transportaron desde el Encano a hombros por hombres y mujeres en largas y extenuantes jornadas, después de cerca de 3 años el templo fue terminado; con la colaboración de la jerarquía católica de Pasto, los campesinos lograron traer de España una escultura de San Fernando de Castilla, para colocarlo en el altar de su capilla nueva.

En un memorable acto religioso y sin precedentes en el caserío, se inauguró la nueva iglesia con una solemne Misa concelebrada por el obispo de la Diócesis de Pasto, bautizó al poblado con el nombre de San Fernando de Castilla. Desde entonces los campesinos celebran la fiesta de su santo patrono el día 30 de mayo. La organización está encargada a los fiesteros que son voluntarios y se comprometen con un año de anticipación.

Cuenta con de 1.600 habitantes aproximadamente. La actividad económica principal es la agricultura. Sin embargo, en la actualidad se ha convertido en un lugar para visitar por sus tradiciones gastronómicas: cuy, mazamorra, helados de paila, trucha; y como sitios de interés se encuentra el Cerro de la Cruz que es muy visitado por diferentes turistas durante la Semana Santa(14).

3.1.4 Caracterización de las familias del municipio de Pasto

“En materia demográfica, a partir del censo de población nacional efectuado en el 2005, la proyección indica que para el año 2008 las personas que habitan el Municipio de Pasto suman cuatrocientos veintitrés mil doscientos diecisiete (423.217) habitantes. Contrario a la tendencia existente a nivel nacional y mundial, en Pasto el índice de primacía urbano ha disminuido, como consecuencia del incremento de la proporción de población que habita el sector rural. En efecto, mientras en el 2003, el 89.73% habitaba el sector urbano, en el 2008 se estima que lo habita el 81.48%, correspondiente a 423.217 personas, distribuidos en las 12 comunas. Por su parte, la población

del sector rural incrementó dicha proporción, al pasar de representar el 10.28% al 18.52% en los mismos años, distribuidas en 16 corregimientos”(15).

“Una de las características más importantes de la población es su migración del campo a la ciudad buscando mejores condiciones de vida acrecentando por consiguientes las zonas marginales, produciendo mayor demanda de servicios públicos, empleo y en general agudizando los problemas de salud, educación, vivienda, empleo entre otros”(16, 17).

Las condiciones geográficas del municipio han hecho que la zona urbana se convierta en el punto donde confluyen los actores al margen de la ley y de las negociaciones de armas e insumos modificando con ello, los entornos culturales que conducen a enfrentar en este proceso, experiencias de violencia y de vulneración de sus derechos. Sus habitantes quienes económicamente en el sector urbano dependen del comercio, los servicios y la industria, destacándose el procesamiento de alimentos y bebidas, las artesanías como talla en madera, barnices, muebles, cerámicas, que se caracterizan por su perfección y belleza.

El sector rural depende de la agricultura y la ganadería, siendo los principales productos la papa con 1.400 Ha, maíz 1.250 Ha, fique 799 Ha, cebolla junca 630 Ha, trigo 500 Ha, frijol 80 Ha; en el sector ganadero 13.990 cabezas de ganado bovino, de las cuales 8.107 producen 72.936 litros de leche diarios.

También podemos destacar el impulso que está tomando la producción de trucha arco iris en estanque. En el campo minero, Pasto produce un promedio de 70.26 onzas de oro anuales. La industria en el municipio es incipiente, está dedicada a la producción harinera, trilla de café, confección en cuero y tallado de madera.

La construcción ha registrado un gran incremento en los últimos años. Su red vial cuenta con una Terminal de Transportes; se comunica por vía terrestre con todas las cabeceras municipales del Departamento, las capitales de los departamentos vecinos, la capital de la República y la ciudad de Quito en la República del Ecuador(18).

3.2 MARCO TEORICO

3.2.1 Épocas de evolución de la familia.

- El Salvajismo: los hombres permanecían aún en los bosques tropicales o subtropicales y vivían, por lo menos parcialmente en los árboles; los frutos, las nueces, el pescado y las raíces servían de alimento; el principal progreso de esta época es la formación del lenguaje articulado. La población comenzó a habitar nuevos lugares por el incansable y activo afán de nuevos descubrimientos, vinculado a la posesión del fuego, que se obtenía por frotamiento de la piedra (paleolítico), condujeron al empleo de nuevos elementos, como las raíces y los tubérculos farináceos, cocidos en ceniza caliente o en hornos excavados en el suelo, y también la caza, que, con la invención de las primeras armas -la maza y la lanza-, llegó a ser un alimento suplementario ocasional.
- La Barbarie: empieza con la introducción de la alfarería y con esto, el periodo neolítico, donde existen residencias fijas en aldeas, la producción de medios de subsistencia: vasijas y trebejos de madera, el tejido a mano (sin telar) con fibras de albura, cestos trenzados con albura o con juncos e instrumentos de piedra pulimentada. El rasgo característico del período de la barbarie es la domesticación y cría de animales y el cultivo de las plantas como el maíz, la calabaza, el melón, entre otras.

Tras el tiempo transcurrido inicia la fundición del mineral de hierro, y pasa al estadio de la civilización con el invento de la escritura alfabética y su empleo para la notación literaria (19).

3.2.2 La familia en el sector rural: “dentro de las familias rurales, en general, parece vivirse una fuerte tendencia hacia la nuclearización motivada por las presiones de índole cultural, social, económica y educativa”(20). Este cambio va acompañado de otras características que hacen posible distinguir diferentes formas de expresión de la familia campesina en el país. “Así, dentro de un contexto teórico general se habla de la *campesina tradicional*, la cual puede caracterizarse por tenencia de la tierra, elevados índices de natalidad y división sexual del trabajo. Los hijos de la familia *campesina moderna* entran rápidamente al mercado del trabajo y encuentran al interior de la unidad familiar una autoridad debilitada. La familia *campesina media rica*, separa

producción y reproducción y con frecuencia asume valores urbanos los cuales generan contradicción en su interior”(21).

En el sector urbano, la relación que las familias establecen con los bienes y las ofertas económicas en general, permite hablar de familias tradicionales o de consumo(22).

3.2.3 La familia en Colombia vive una dinámica entre lo tradicional y lo moderno: mientras en unos sectores es posible identificar cambios en los roles asumidos por sus miembros y sobre todo, modificaciones en los comportamientos relacionados con lo femenino y con lo masculino, en otros sectores sobrevive la manera de ser y actuar clásica y tradicional. Se podría decir, utilizando el concepto de García Canclini “para explicar el convivir entre el pasado y el futuro característico de la cultura latinoamericana, que en la familia Colombiana se manifiestan los rasgos de la *Cultura híbrida*”(22).

En virtud del hibridaje cultural, la tendencia hacia la familia nuclear manifiesta en casi todos los contextos tanto urbanos como rurales, producto de la incapacidad moderna de la auto-subsistencia, la presión por trabajos más cualificados, la demanda por años de escolaridad, convive con algunos reductos en los cuales todavía la familia extensa permite garantizar y afianzar los lazos de solidaridad social en busca de apoyo para asumir, por ejemplo, los retos del trabajo femenino.

Pareciera que las nuevas exigencias y los indicadores de cambio vinieran de las clases medias y dentro de éstas, de los estratos más educados. En su análisis sobre la Estructura Patriarcal en Santander, Virginia Gutiérrez y Patricia Vila, “muestran la lucha que vive la mujer, especialmente la de los sectores señalados anteriormente, por un equiparamiento frente al hombre. Sólo que en la dinámica entre lo arcaico y lo moderno, el paso de la mujer se ve alterado con la imagen secular dual de la misma la cual se centra en la comunicación entre los géneros”(17).

3.2.4 Rasgos generales de la familia según regiones: desde los clásicos estudios de la Doctora Virginia Gutiérrez de Pineda, esta parece la forma más tradicional de tipificar la familia en Colombia(23).

Así, en la *Región Central* predomina la familia nuclear con una estructura patriarcal y con una tendencia incremental a la cooperación económica de cada uno de sus miembros, unida mediante matrimonio católico con excepción del Tolima donde tiene presencia significativa la unión libre.

En la *Región Oriental*, salvo en el Meta donde existen mayores uniones libres, la familia es nuclear y constituida mediante vínculo religioso. En la región de la *Costa Atlántica* son relevantes las familias nucleares compuestas, pero como dato significativo, empiezan a aparecer las familias unipersonales (24), presentes también en la zona oriental y central.

“En *Cartagena* la poliginia parece estar en aumento así como la unión consensual. Igualmente se acrecienta el número de solteros que mantienen vínculos maritales sin convivir de manera cotidiana. En esta misma ciudad los niños que laboran en el mercado de Bazurto provienen de familias extensas, incompletas donde el concubinato constituye la forma de unión por excelencia” (10).

Manizales presenta tendencia a la nuclearización con una fuerte presencia de la familia extensa. En estas unidades familiares, la autoridad paterna comienza a ser equiparada con una fuerte expansión de hogares con jefatura femenina. Igualmente se nota la coexistencia de uniones consensuales y legales. “La unión libre estable es una característica de las familias de los estratos bajos de esta ciudad”(20).

En *Quibdó* predomina la familia extensa ampliada y en el sector minero la unión de hecho, en tanto que en las familias negras de Providencia conviven distintas formas de organización familiar en las cuales se recogen manifestaciones raizales de la cultura de la isla. La poliginia del casado, por ejemplo, se une con el especial cuidado que acompaña el velar por los *hijos de crianza*, en los cuales se trasciende la consanguinidad dando paso a los afectos. En general podría afirmarse que en Providencia la poligamia, tanto del soltero como del casado, son relevantes.

“En *Boyacá* priman las familias nucleares conformadas mediante uniones de hecho dentro de las cuales el tamaño es la más destacada”(25).

En *Santander* está asociada con la familia patriarcal y presenta tendencia hacia la unión libre y un descenso en la nupcialidad. “En *Antioquia* se presenta igual tendencia con un incremento en el grupo de los separados y divorciados”(26).

“En el *Valle* la familia nuclear ha reemplazado la consanguínea extensa la cual coexiste con un significativo número de familias incompletas dentro de las cuales existe una inquietante proporción de mujeres jefes de hogar”(27). Como característica relevante dentro de los grupos familiares de *Córdoba* juegan un papel importante los lazos consanguíneos que soportan relaciones sociales bastante fuertes. “En la región del *Pacífico* aparece como un factor necesario para tener en cuenta la presencia de viudas jóvenes”(28).

3.2.5 Instrumentos de evaluación en Medicina Familiar: la familia es el principal sistema de una sociedad, es a partir de ella que un individuo se desarrolla ya que todo lo que pase en ella hablese de bueno o malo repercute sobre la vida de cada uno de los integrantes, de aquí la importancia de la evaluación de la situación familiar por medio del uso de los instrumentos en Medicina Familiar.

“Los instrumentos de evaluación en Medicina Familiar “representan el electrocardiograma para el cardiólogo o los estudios imagenológicos para el neumólogo o el traumatólogo” (29). Con esto los definimos como el conjunto de elementos claves con los cuales el médico de familia, principalmente lleva a cabo el estudio y el abordaje integral de los pacientes.

Su utilidad es clave ya que facilitan el proceso de atención así como el establecimiento de la relación médico – paciente ya que muchos de ellos los ven como una forma a través de la cual el médico se interesa en conocer acerca de ellos más allá de solo el hecho por el cual consultan, razón por lo cual no solo los médicos de familia deben de aplicarlos sino cualquier profesional en la salud.

Ahora si con motivo del estudio del individuo y la familia fueron creados los instrumentos de evaluación en medicina familiar los cuales han sido definidos como “Un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados” (2) los cuales deben de ser utilizados por el médico de familia u otros profesionales de la salud durante el proceso de atención y evaluación de los pacientes.

Estos surgen a raíz de la necesidad de contar con elementos evaluativos que permiten simplificar la atención así como el dar una consulta oportuna pues permiten identificar los pacientes con problemas así como sus posibles causas o factores relacionados. El objetivo de su creación fue el de mejorar la valoración del paciente y de facilitar el trabajo de los profesionales en salud principalmente el médico familiar, por lo cual estos deben de ser vistos como elementos claves para el diagnóstico y manejo de los pacientes.

Su importancia radica en que estos una vez elaborados son utilizados durante la práctica en el estudio de los hechos hablese de situaciones, relaciones que se presentan o presentaron y que podrían ser determinantes de la (s) situación (es) actuales así como del proceso salud-enfermedad. Una vez que las relaciones han sido establecidas permiten además la búsqueda de posibles soluciones a los problemas como la creación de acciones preventivas y promocionales para la salud.

Los instrumentos de evaluación en medicina familiar son descritos a continuación y dentro de estos se incluye: el Familiograma, Apgar Familiar, Ecomapa, Ficha SIPRIS y Plan de Intervención.

3.2.5.1. Familiograma: es el principal instrumento de evaluación, es una herramienta que se utiliza en la medicina familiar para representar en forma esquemática la familia proveyendo información sobre sus integrantes, relaciones y estructura. Incorpora en una única representación elementos no solo estructurales sino también dinámicos, este debe graficar por lo menos tres generaciones y su utilidad se destaca cuando hay familias con problemas biológicos como son las enfermedades hereditarias, los problemas psicológicos o problemas sociales como lo son la pobreza, el hacinamiento, entre otros.

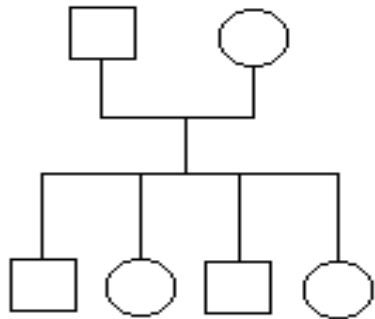
Los beneficios de hacer un familiograma son numerosos como se evidencia:

- Favorece una relación médico-paciente armónica debido al proceso que involucra hacerlo así como porque muestra interés por parte del médico.
- Es una vía para obtener información emocionalmente importante como el apoyo familiar o las interrelaciones familiares al ser un proceso que ni incómodo ni amenazante.
- Permite al médico reconocer la etapa de la vida en la cual se encuentra la familia así como los eventos de salud de mayor importancia que les han ocurrido, lo que provee información útil en cuanto al análisis de la dinámica familiar.
- Da información sobre las relaciones biológicas, legales y afectivas.
- Provee información sobre los problemas de salud o causas de fallecimiento.
- Indica el tipo de ocupación de los integrantes. Para elaborarlo se utilizan símbolos que son reconocidos internacionalmente por ejemplo el hombre se dibuja con un cuadro y la mujer con un círculo. Las relaciones cónyuges se conectan por medio de líneas que bajan y cruzan si es una pareja casada la línea debe ser continua pero si son solo convivientes esta debe ser discontinua, la mujer se coloca a la derecha y el hombre a la izquierda. Las separaciones o divorcios son representadas por líneas oblicuas, una si es separación y dos si es divorcio. Los noviazgos son representados por medio de una línea discontinua con círculos entre ellas.

Los hijos de una pareja deben salir de la línea de la pareja y estos se grafican de izquierda a derecha iniciando con el hijo mayor, en el caso de los gemelos estos por medio de una línea convergente se unen a

los padres, si estos son monocigotos deben de unirse por medio de una línea horizontal. Por otro lado en el caso de hijos adoptados estos se desconectan de los padres o se les coloca la letra "A" sobre la línea. En caso de embarazo esté se representa por medio de un triángulo mientras que las pérdidas o abortos por un círculo pequeño negro. Las personas que están muertas se indican con un "X" en su símbolo. Aquellos miembros que habitan en una misma vivienda deben ser agrupados por medio de una línea punteada además el paciente a partir del cual se construye el familiograma debe estar señalado ya sea por un doble círculo o cuadro.

Imagen 4: Familiograma.



Familiograma básico: Familia nuclear conformada por los padres y los hijos (as).

Así como presenta un gran número de beneficios este a su vez tiene una serie de limitantes, siendo el tiempo que requiere para su elaboración una de las principales. Generalmente, el médico se tarda por lo menos 10 a 15 minutos haciendo el gráfico, lo que representa la totalidad de una cita médica promedio, sin embargo, esto se puede solucionar si se realiza en varias visitas médicas, lo cual requeriría de no dar una única cita al paciente sino varias (30).

3.2.5.2 APGAR: constituye un cuestionario de cinco preguntas, cuyo objetivo es evaluar la funcionalidad del paciente en la familia principalmente durante el manejo ambulatorio en el cual no siempre los pacientes manifiestan sus problemas familiares. Este sirve además para ver la percepción del individuo acerca del funcionamiento de su familia en un momento determinado. Este debe emplearse rutinariamente en todos los pacientes del servicio de Medicina Familiar, en otras especialidades se recomienda que se utilice en situaciones tales como:

- Pacientes poli-sintomáticos y poli-consultantes en los que se sospecha un componente psicosocial como ansiedad o depresión.
- Miembros de familias problemáticas.
- Miembros de familias en crisis.
- Pacientes crónicos en los que la respuesta al tratamiento es mínima o nula.

El cuestionario es personal, es el paciente quien solo lo realiza exceptuando casos especiales como pacientes que no sepan leer en cuyo caso el médico es quien lo aplica. Cada respuesta debe de ser marcada y a cada una se le da un puntaje que varía entre 0 y 2 puntos, estos se distribuyen de la siguiente forma: 0 es nunca, 1 algunas veces y 2 siempre.

Al sumar los puntos de las cinco respuestas el puntaje varia de 0 a 10 puntos lo cual puede indicar buena, leve o severa función familiar.

Buena función: 8- 10 puntos
 Leve disfunción: 4-7 puntos
 Severa disfunción: 0-3 puntos

Se debe de tomar en cuenta que a pesar que el cuestionario evalúa la funcionalidad de la familia, al no ser 100% específico es preferible evaluar los resultados en relación con el grado de satisfacción y no de disfunción. Sumado a esto, se recomienda que se utilice en conjunto con el familiograma, el ciclo vital familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados(31).

3.2.5.3 .Ecomapa: .representa al individuo y a la familia en el entorno en el cual se desarrollan. En él se representan dinámicamente las relaciones importantes con otros sistemas como la sociedad, los límites, los conflictos, los recursos, las carencias entre otros.

Para elaborarlo se inicia con el genograma (Gráfico un círculo o rectángulo grande con los nombres de los miembros dentro), a su alrededor se grafican las interacciones con los sistemas externos o con los componentes de estos sistemas como la salud, educación, deporte, recreación, cultura, religión, política, relaciones afectivas y /o sociales, laborales entre otros. Las conexiones se realizan a través de

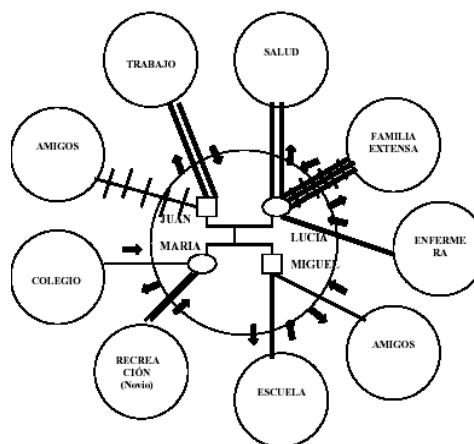
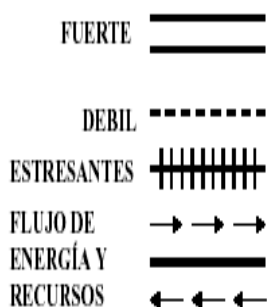
líneas que unen a la familia o a uno o varios miembros con los gráficos externos (Círculos), estas conexiones nos dicen la naturaleza de las relaciones si es fuerte, débil o estresante por ejemplo. Por medio de flechas se representa el flujo de energía o grado de fuerza(3).

Dentro de las principales utilidades del Ecomapa se incluyen:

- Señalar las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean.
- Identificar posibles motivos de estrés o de conflicto.
- Indica si hay o no buenas relaciones con elementos externos a la familia.
- Indica si la familia en conjunto o alguno de sus miembros están aislados de aquellas fuentes de recreación, educación, salud, social, u otros eventos socio/importantes
- Observar las redes de apoyo con las que cuenta la familia y reconocer su relación con estas.

Imagen 5: Ecomapa.

NATURALEZA DE LAS CONEXIONES:



Fuente: esta investigación

3.2.5.4 .Ficha SIPRIS: es un instrumento básico de diagnóstico indispensable para el logro de los objetivos básicos de la nueva orientación de las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, como un todo integral de planes de beneficios que se complementan e interactúan con el criterio holístico y de intersectorialidad en torno a metas comunes de salud

pública, orientado hacia las necesidades reales de la salud y bienestar de la población.

La ficha en su modelo de construcción tiene un enfoque de diagnóstico individual de salud general percibido o comunitario, que toma todos los elementos de determinantes de salud del individuo y su ambiente familiar, social y natural. La composición de la ficha presenta: una carpeta familiar que contienen los aspectos básicos de la vivienda; identificación y ubicación, evaluación del entorno, evaluación sanitaria y aspectos generales. Datos de la familia, composición familiar, aspectos generales y sociales de la familia.

Ficha individual que contiene los datos específicos de cada individuo según el ciclo vital individual así: niños (as) menores de 10 años, jóvenes de 10 a 24 años, hombres y mujeres de 25 a 44 años, adultos mayores de 45 años y más; incluye mujeres de 10 años y más y mujeres en embarazo.

Cada componente de la ficha tiene un diseño de construcción con base en la metodología de “determinación del estado de salud general percibido o comunitario, por lo tanto en el se incluyen parámetros de evaluación con los indicadores de salud : Factores determinantes de la salud del individuo y la familia, del entorno general, caracterizando factores de riesgo y factores protectores del individuo, indicadores de enfermedad, mortalidad y discapacidad, finalmente información adicional de importancia.

Como elemento de ayuda para el diligenciamiento de la ficha se incluyen las variables de opciones de respuesta los elementos básicos para la definición de aspectos de decisión de las condiciones de salud e identificación de riesgo, garantizando la correcta aplicación del instrumento (32).

3.2.5.5. Plan de Intervención Familiar: es el documento donde se registra el Plan de Actividades particularizada para cada familia. Debe contener la siguiente información:

- Problemas familiares identificadas
- Plan de actividades, el cual incluye las actividades y las metas; estas últimas se deben programar a corto y mediano plazo y deben ser concertadas con la familia

Una de las estrategias medulares para operativizar este plan es la demanda inducida (programas Promoción y Prevención) y canalización (actividades de recuperación de la salud) que puede ser hecha por estudiantes y profesionales; para esto se tiene un conocimiento claro del portafolio de servicios de la red de atención en salud y la cobertura de cada integrante de la familia.

Lo importante es realizar una evaluación inicial en cada caso seleccionado así como considerar el ciclo vital, los factores de riesgo y factores protectores de las personas, familias o grupos a los que se aplicará la guía así como los intereses, preocupaciones y recursos de las personas(3).

3.2.6 Aportes de los instrumentos en la Medicina Familiar: la utilización de estos instrumentos familiares y comunitarios por parte de los médicos familiares trae como beneficio:

- La relación de la familia con el proceso salud-enfermedad es innegable, la familia constituye el centro de la sociedad y el centro de cada uno de los miembros razones por las cuales todo lo que suceda en ella hablese de crisis o acontecimientos vitales están directamente relacionados con lo que el individuo pueda o no desarrollar en relación con su salud.
- Los instrumentos de evaluación de la medicina familiar son herramientas imprescindibles que requiere el médico de familia para poder realizar un adecuado desempeño en su labor. Su uso es igual de necesario e importante que muchas de las herramientas diagnósticas que utilizan los especialistas.
- Los instrumentos de evaluación son el resultado de años de estudio y valoración, cuyo análisis ha permitido desarrollar herramientas necesarias para el trabajo, dentro de las cuales podemos citar: el Familiograma, APGAR, Ecomapa, ficha SIPRIS y plan de intervención familiar.
- Es importante hacer constar que el uso de estas herramientas no está estrictamente limitado a los médicos de familia. Al contrario, su importancia en el estrechamiento del vínculo en la relación médico-paciente al igual que garantizar una información más amplia del entorno en que se desenvuelve, sirve como datos importantes para promover su uso en todas las distintas ramas de la medicina.
- La valoración del paciente tiene que verse desde un punto de vista integral y dinámico, de esta manera se garantiza que a la hora de la resolución de

los problemas que aquejan al paciente su proceso de curación sea más rápido y efectivo(33).

3.2.7 Importancia de la Medicina Familiar en la universidad: al abordar el ámbito de la salud como uno de los factores más determinantes en los procesos de desarrollo de una comunidad, a nivel mundial y nacional se evidencia un gradual paso de un enfoque biomédico, institucionalizado y de difícil acceso, a un enfoque integral cada vez más cercano a las comunidades, buscando garantizar la atención de todas las personas desde el primer nivel de atención, los procesos de baja complejidad y las intervenciones basadas en la evidencia. De igual manera, cada día se fomenta más la participación consciente y activa de cada individuo de la comunidad en los procesos de promoción de la salud y los estilos de vida saludables para la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud. Desde este enfoque de la salud, una comunidad que se hace responsable de su propia salud, mejora sus condiciones de vida generando desarrollo individual y colectivo. El propósito de la Medicina Familiar en la FUSM es aportar activamente mediante esta propuesta en la promoción y prevención de la enfermedad, mejorar la salud y calidad de vida de la comunidad rural del municipio de Pasto en los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando

El presente proyecto busca analizar y mejorar, haciendo recomendaciones al programa institucional, así mismo contribuye a operar la Misión institucional de la FUSM considerando la Proyección Social de los conocimientos adquiridos en las diferentes asignaturas y que estos se enmarquen en el enfoque familiar y comunitario. Favorece así mismo el cumplimiento de La Visión de la FUSM, que es a futuro la integración de múltiples disciplinas e instituciones de la región que permitan aplicar los modelos de transectorialidad y transdisciplinariedad en el marco de la Salud Familiar y Comunitaria. Para la FUSM el desarrollo de convenios interinstitucionales con el municipio de Pasto, tiene como objetivo promover programas de salud teniendo en cuenta, la normatividad nacional vigente para hacer parte de las soluciones a la situación crítica en el sector salud que afronta la nación.

Un gran número de estudios realizados a nivel mundial hacen cada vez más evidente que las transformaciones socioeconómicas y comunitarias capaces de generar desarrollo social y capital humano, de alguna manera se encuentran relacionadas con la conformación y desarrollo de diferentes tipos de redes, tales como redes socio-institucionales, redes políticas, redes empresariales, redes territoriales, entre muchas otras, cuyos procesos de concertación y cooperación generan resultados innovadores que dinamizan los diferentes ámbitos territoriales y comunitarios hacia su desarrollo sostenible.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

FAMILIA: definida por la OMS como “el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que viven con ellos”.

FACTORES PROTECTORES DE LA FAMILIA: son elementos o eventos positivos que llevan al ser humano a resistir y superar las adversidades que antes de destruir, conduce a la persona transformarse en un ser humano con muchos aspectos positivos, son agentes endógenos o exógenos que disminuyen o eliminan las posibilidades de que aparezca un enfermedad y/o alteración.

FACTORES DE RIESGO DE LA FAMILIA: el riesgo es una medida que refleja la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño a la salud en un periodo de tiempo.

PARENTESCO: El criterio de parentesco y el vivir bajo un mismo techo son elementos definitivos para considerar a una familia como tal pues vivir bajo un mismo techo así no se tenga lazos de consanguinidad implica serias obligaciones de solidaridad, tanto en cuestiones materiales como psíquicas o morales.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: la ley 100 la define como: “Un conjunto de acciones que tiene por fin la identificación, control, o reducción de factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, y ocasione daños mayores o genere secuelas evitables”. Con fines académicos se ha planteado en tres niveles: La primaria, que busca reducir el riesgo de un evento de enfermedad al reducir los factores de riesgo; la secundaria encausada a la detección temprana de la enfermedad; la terciaria dirigida a disminuir el sufrimiento, la duración y secuelas de la enfermedad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA: históricamente se considera que La medicina de familia y comunitaria, es una especialidad médica reconocida

en España desde 1978. Su ámbito de actuación es la Atención Primaria de Salud. Los médicos de atención primaria trabajan con una visión del enfermo holística, integral y biopsicosocial. La atención se basa en el paciente y no en la enfermedad en la familia o el entorno más inmediato del paciente como condicionante del estado de salud, y se introduce una visión comunitaria de la medicina con la que a partir de un análisis de la comunidad, la cual puede actuar como fuente de enfermedad o como medio terapéutico, desde donde se puede actuar con medidas preventivas y de promoción de la salud. La actuación sobre la población es longitudinal (a lo largo de la vida del paciente) e incluye tanto la atención en la consulta como en el domicilio o dentro de los diferentes recursos sociales (escuelas, residencias de ancianos, etc.).”

TIPOLOGÍAS FAMILIARES:La agrupación de familias desde el parentesco reconoce básicamente tres tipos de familias:

-Unipersonal: o familias de una sola persona.

-Nuclear: Este tipo de familia se define con respecto a la pareja heterosexual y a los hijos a cargo de esta pareja. Bajo esta definición, en la familia nuclear pueden convivir dos generaciones y generalmente la jefatura de hogar coincide con los padres o cuidadores de los niños.

-Extensa: También llamada extendida o familia conjunta, este tipo de familia, agrupa subcategorías de familia que incluyen además de la pareja y los hijos e hijas, otras personas parientes o no.

3.4 MARCO LEGAL

3.4.1 Lineamientos Internacionales: en su Informe Mundial sobre Desarrollo Humano de 2000, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señala que el desarrollo humano es el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y las capacidades humanas. También asegura que representa un proceso y también un fin, integrando aspectos tan importantes como la participación, la sostenibilidad, la seguridad y la garantía de los derechos humanos, todas necesarias para que el ser humano sea creativo y productivo, gozando de respeto por sí mismo y sintiéndose participe de una comunidad(36).“En definitiva, el desarrollo humano es el desarrollo de la gente, para la gente y por la gente”.

Durante la última sesión (144^a) del Comité Técnico Ejecutivo de la OMS y la OPS en junio de 2009, se recordaron los compromisos adquiridos por los países de la región panamericana en el artículo III de la Declaración de Montevideo: “Los modelos de atención de salud deben...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”. También se recordó que el

Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, en su párrafo 6 señala lo siguiente: “La necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación (*de los servicios de salud*), articulándose con el conjunto de redes sociales”(37).

Durante esa misma sesión, se trabajó sobre la propuesta del enfoque de salud familiar y comunitaria como “un componente necesario para la aplicación eficaz de la estrategia de Atención Primaria en Salud en las Américas. La Atención Primaria en Salud adopta los valores y los principios que guían la organización de los sistemas y servicios de salud para atender las necesidades de salud de las familias y comunidades; por otro lado, el enfoque de salud familiar y comunitaria, proporciona un modelo de atención y contenido, y promueve la participación activa de familias y comunidades en el manejo de la salud mediante la estrategia de atención primaria en salud”(37).

3.4.2 Lineamientos Nacionales: en desarrollo del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 de Colombia recoge “los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos”(38).

Dentro de este Plan el Ministerio de la Protección Social, como principal responsable de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud de la población, define 5 líneas de política que “buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud – EPS, las administradoras de riesgos profesionales – ARP, los prestadores de servicios de salud – IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional”(39).

Dichas líneas de política son:

La promoción de la salud y la calidad de vida.

La prevención de los riesgos.

La recuperación y superación de los daños en la salud.

La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan Nacional de Salud Pública también “define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a los compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales”(40).

La Ley 100 define la promoción de la salud como:“La integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física y síquicas de los individuos y las colectividades”(41).La anterior definición no dista de la enunciada en La Carta de Ottawa (1986) y en La Conferencia de Santa fe de Bogotá (1992), documentos internacionales adoptados como base para las políticas de promoción en salud; se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La evolución en el aspecto jurídico de la salud y la familia se remonta a finales del siglo pasado apareciendo en la Constitución de 1886. En este siglo marca un hito la creación del I.C.B.F (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), mediante la Ley 75 de 1968 estableciéndose de esta manera mecanismos y normas de protección al menor y la familia.Posteriormente en 1979 mediante la Ley 7 y su decreto reglamentario 2388, se reorganiza el I.C.B.F, enfatizando el fortalecimiento del núcleo familiar, estableciendo programas de protección preventiva y especial al menor de 18 años, e impulsando la participación comunitaria entre otras(42). Esta ley da inicio al Sistema Nacional de Bienestar Familiar, formado por organismos e instituciones de carácter público y privado con una base legal definida tendiente a la protección preventiva del menor y la familia; dentro de los programas del área de prevención del I.C.B.F se encuentra la atención complementaria al escolar y el adolescente cuyo objetivo es la atención integral a este grupo poblacional.

No solo en el contexto Nacional sino también en el internacional se suscriben importantes aportes a favor de la infancia, formulándose el PLAN DE ACCIÓN A FAVOR DE LA INFANCIA- PAFI, del cual Colombia se hace partícipe en 1990 y en 1991 se ratifica a través de la ley 12 de Enero los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de la ONU (Asamblea realizada 1989).Paralelamente se han desarrollado otros actos legislativos en el país que se apoyan mutuamente en beneficio de la salud de los colombianos, los cuales se encuentran dentro del marco de las políticas de organizaciones internacionales como la OPS y la OMS.

En 1990 se promulga la Ley 10 para la reorganización del sistema Nacional de Salud, descentralización administrativa y promueve como base de los procesos de Salud la participación de la comunidad.

En cumplimiento de los artículos 151, 288, 356 y 357 de la nueva Constitución Política, se promulga la Ley 60 de 1993, determinando la distribución de recursos y definiendo la competencia en materia de Salud para los Municipios, Departamentos y la Nación; se enfatiza que los Municipios son los encargados de realizar acciones de fomento de la Salud y prevención de la enfermedad en aspectos operativos y administrativos.

El artículo 48 de la Carta Magna, es la base legal de la actual Ley de la Seguridad Social, Ley 100, promulgada en Diciembre de 1993; enfocada a la masificación de la salud con componentes claves como acciones de promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad a través del Plan Obligatorio de Salud y Plan de Atención Básica(43).

La reglamentación de la Ley 100 de 1993 es amplia y permanente, tendiente al acople con la realidad; para el propósito de este proyecto se destaca la normatividad referente a las actividades de promoción y prevención a través de resolución 3997 de 1996 que se complementa en la resolución 412 de 2000. ya en el otro plan de beneficio, PAB las disposiciones se enmarcan en la resolución 4288 de 1996(41).

Las anteriores prioridades “son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud – EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial” 7. Para cada una de estas prioridades se ha planteado un objetivo, las metas a alcanzar y las estrategias a desarrollar dentro de cada una de las líneas de política planteadas en el Plan Nacional de Salud Pública(44).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la estrategia de familia y comunidad saludable del área Socio-humanística y el área de Proyección Social del programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto periodo 2002 - 2012.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir socio-demográficamente a la población según los registros en las carpetas familiares.
- Identificar los factores de riesgo para la salud de las familias a través de un diagnóstico familiar y comunitario.
- Clasificar las enfermedades que son más prevalentes en la comunidad según los registros en las carpetas familiares.
- Determinar el plan de intervención y el nivel de cumplimiento de las actividades realizadas en Salud Familiar y Comunitaria.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO

5.1.1 Enfoque del estudio: Estudio Cuantitativo: En los requerimientos metodológicos de la investigación, fue necesario trazar un Paradigma Cuantitativo, es así que sobre el tema anotan Rodríguez y Bonilla “para que la investigación cuantitativa se suceda, es necesario que exista claridad entre los elementos que conforman el problema a investigar, que sea posible definirlo, limitarlo y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección se orienta y qué tipo de incidencia y relación existe entre sus variables y unidad de observación”(45). Sobre la base de la cita se comprende que es preciso que se definieran aspectos generalizados sobre realidades concretas, que se pudieran determinar de forma confiable por instrumentos de información que para efectos de este proyecto se toman a partir de los registros familiares establecidos por: Familiograma, Ecomapa, APGAR, fichas SIPRIS y planes de intervención que luego de recolectarse permitirán la opción de tabularse o medirse mediante estándares de exactitud regidos por un contenido lineal a partir de preguntas sobre las realidades que se viven en relación al tema de la salud integral al interior de la vida familiar.

5.1.2 Tipo de Estudio: Observacional – Descriptivo- Transversal: Los estudios observacionales-descriptivos explica Briones G “son análisis de carácter estadístico y demográfico, que mediante observaciones definidas a partir de temas concretos describen lo que ocurre, que se medirán y analizarán mediante determinadas variables. Entonces su único objetivo es describir una o más características de una población específica”(46)el referente indica que este enfoque se ajusta a los requerimientos del proyecto puesto que mediante los acercamientos a las familias o comunidad de estudio se definirá las observaciones con las cuales se apoyaran los criterios para realizar los registros familiares a partir de los instrumentos antes nombrados, con lo cual se podrá realizar una descripción analítica que detalle con precisión la caracterización los requerido y especificado desde los objetivos específicos que apuntan hacia la caracterización como la identificación de los factores protectores y factores de riesgo entre otros Estos son los motivos principales por los cuales se retoma estos estudios observacionales-descriptivos.

Sobre esa base es importante anotar que el trabajo sobre la base del tiempo comprendido entre los años 2002 hasta el 2012 se soportara mediante un proceso retrospectivo del cual dice Sampieri R “Son proyectos basados en diseños documentales de hechos y los datos obtenidos de archivos o de lo que los sujetos de tiempo después de que se haya producido el efecto o lo situación de investigación”(33).El autor hace notar como que el trabajo

retrospectivo se asocia a esta investigación toda vez que se retomaran informaciones devenidas desde los instrumentos documentales realizados de años atrás, por distintas generaciones de estudiantes, quienes mediante los registros familiares consignaban los diferentes componentes que hacen parte de los diversos instrumentos que componen los registros, los que a su vez es importante anotar se han re-diseñado con el transcurrir del tiempo. En consecuencia la retrospección se orienta hacia la recopilación de los registros y la caracterización cuantitativa que se realizara a partir de de años atrás, con la intención de obtener datos confiables del devenir historia de la asistencia por parte del programa de Medicina hacia la salud integral familiar.

Ahora bien, desde la óptica Transversal se puede retomar lo afirmado por Sampieri “la investigación transversal permite evaluar la relación existente entre la exposición y el resultado, medidos en un momento definido del tiempo. Debido a que la información sobre la presencia de un posible factor causal objeto de estudio necesita ser sistematizado a partir de las variables y por tanto de la inmediatez del hecho y de los referentes poblaciones e históricos”(33)en relación a lo aclarado por Sampieri se asume que el presente proyecto se ciñe de unos elementos transversales pues los datos e informaciones que se han recolectado mediante las visitas realizadas de años atrás y por ende la realización de los diagnósticos, que se han definido a partir de las variables establecidas en los instrumentos de información –ponderados por la Fundación Universitaria San Martín programa de Medicina, de ahí que mediante este tipo de investigación se registraran diversos factores y variables de la población, para concluir en una interpretación descriptiva que generara a partir del análisis de los registros familiares, resultados confiables de la realidad existente al interior de asistencia en salud por parte de los estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín facultad de Medicina; con ello definir acciones que generen si es necesario un mayor acercamiento metodológico.

5.2 POBLACIÓN

Se tomarán las evidencias recolectadas a partir del año 2002 al 2012 de un total de 122 registros contenidos en las carpetas de Salud familiar y comunitaria de la FUSM así:

Tabla 2: Distribución de la población por corregimiento.

CORREGIMIENTO	NÚMERO DE CARPETAS	PORCENTAJE
CABRERA	53	43,44%
JONGOVITO	31	25,40%
SAN FERNANDO	38	31,14%
TOTAL	122	100%

Fuente: Presente investigación

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de inclusión:

- Familias que pertenezcan a los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando, que hayan sido trabajadas por estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto desde el año 2002 hasta el año 2012
- Carpetas familiares con instrumentos completos y correctamente diligenciados
- Carpetas familiares que se hayan entregado en la oficina de Proyección Social

5.3.2 Criterios de exclusión:

- Carpetas familiares con instrumentos incompletos y/o mal diligenciadas
- Carpetas familiares ilegibles y en mal estado
- Familias que se hayan retirado del proceso de Intervención de Salud Familiar y Comunitaria
- Años que no reporten registros de carpetas familiares

5.4 VARIABLES (Ver Anexo E.)

5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.5.1 Fuentes de información Primaria: carpetas familiares realizadas por los estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto que delimitan informaciones precisas en relación al tema de estudio y en su orden

son: Familiograma, Ecomapa, APGAR, ficha SIPRIS y el plan de intervención familiar.

5.5.2 Fuentes de información Secundaria:revisión bibliográfica de proyectos universitarios, libros, enciclopedias y páginas web referentes con el tema de estudio.

5.6 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Familiograma, Ecomapa, APGAR, fichas SIPRIS, Plan de Intervención y Ficha de Revisión de Carpetas Familiares.

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para este caso, siendo este un estudio prácticamente de control; se hace necesario hacer referencia a la existencia del *Sesgo de Selección*; el cual hace referencia prácticamente a la distorsión del análisis estadístico debido al método de recolección. La presencia de este sesgo causa falta de validez y exactitud del estudio y por tanto para la disminución de este error, se tendrá en cuenta todos los criterios de selección; con ello se podrá reportar datos certeros de cada elemento de estudio, además se creara una ficha de revisión de las carpetas familiares para poder validar las carpeta que servirán como instrumento de investigación, más sin embargo se hace referencia a errores mínimos por parte de los investigadores al momento de la tabulación de la información.

5.8 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó mediante EpiInfo Versión 3.4.3, Microsoft Excel.

5.9 CONSIDERACIONES ETICAS

No Maleficencia:no hubo contacto directo con las personas, ya que la información fue recopilada a través de los instrumentos familiares y comunitarios. La confidencialidad de la información se garantiza y solo tendrán acceso a ella los investigadores. Además se busca que la información suministrada no vulnere la integridad de las personas.

Beneficencia:se realizó una caracterización de la estrategia de familia y comunidad saludable del área Socio-humanística y el área de Proyección Social del programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto durante el periodo 2002 - 2012.

Justicia: la información se obtiene con consentimiento y autorización de la oficina de Proyección Social donde se encuentran guardadas las carpetas de salud familiar y comunitaria.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

6.1 ANALISIS UNIVARIADO

Dentro del proyecto de Familia y Comunidad Saludable que lidera la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto a través de las áreas de Salud Familiar y Proyección Social del programa de medicina desde hace más de 14 años en el municipio de Pasto, se logró plantear el presente estudio, que se focalizó en realizar un diagnóstico situacional de este proceso llevado a cabo en los años 2002 a 2012 y cuyos sectores de trabajo y practicas se realizaron en los corregimientos de: Cabrera, Jongovito y San Fernando. Las carpetas familiares son el instrumento base en la cual se registra todo el proceso adelantado desde el quinto (5º) semestre ha décimo (10º); En estas se diligencian diferentes instrumentos de acompañamiento a las familias y a la comunidad cuya evidencia es fundamental para medir a través de indicadores el compromiso adquirido con estas comunidades y el impacto de la FUSM en la región.

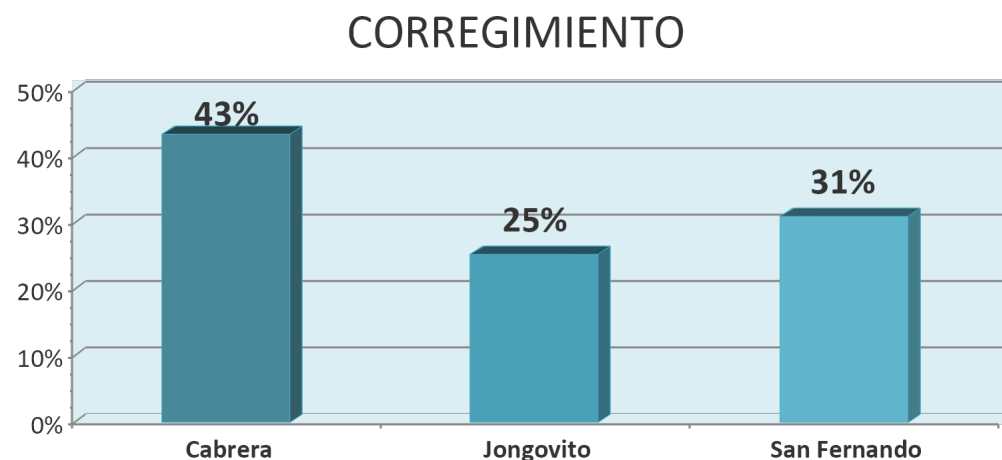
Cumpliendo los objetivos de investigación propuestos se procede a analizarlos instrumentos de las carpetas familiares, teniendo como límite de confianza un 95% para toda la información que se estudió a continuación:

Para el alcance del primer objetivo se utilizó la ficha SIPRIS, con el fin de realizar la descripción socio-demográfica de la población de estudio, teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Área geográfica
- Aspectos de la familia
- Aspectos de la vivienda
- Aspectos extra domiciliarios
- Dimensiones culturales indígenas

6.1.1 Área Geográfica

Gráfico 1: Familias inscritas en la estrategia de Familia y Comunidad Saludable de la FUSM por corregimiento.



Fuente: Presente investigación

Tabla 3: Familias inscritas en la estrategia de Familia y Comunidad Saludable de la FUSM por corregimiento.

Corregimiento	Frecuencia	Porcentaje
Cabrera	53	43%
Jongovito	31	25%
San Fernando	38	31%
TOTAL	122	100%

Fuente: Presente investigación

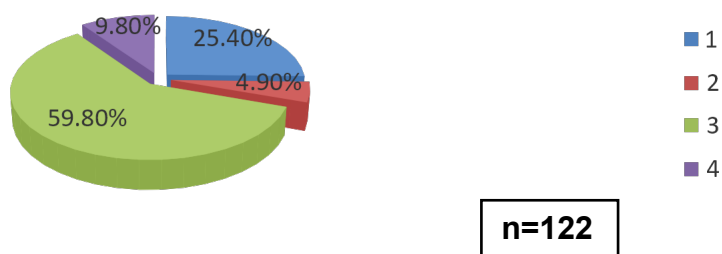
La anterior gráfica y tabla, muestra la distribución de los sectores trabajados y porcentaje de familias y comunidad pertenecientes a la estrategia de Familia y Comunidad Saludable de la FUSM, obteniendo que la mayor participación de esta población se concentra en el corregimiento de Cabrera con un 43%, es decir 53 de las 122 familias de la población estudiada, seguido de San Fernando con un 31% y Jongovito con un 25%.

6.1.2 Aspectos de la familia

A continuación se dará a conocer las características generales de los habitantes de la población estudiada en cuanto a tipo de familia, sexo, ocupación, educación, seguridad social y estado civil.

Gráfico 2: Tipo de familia.

TIPO DE FAMILIA



Fuente: Presente investigación

Tabla 4: Tipo de familia.

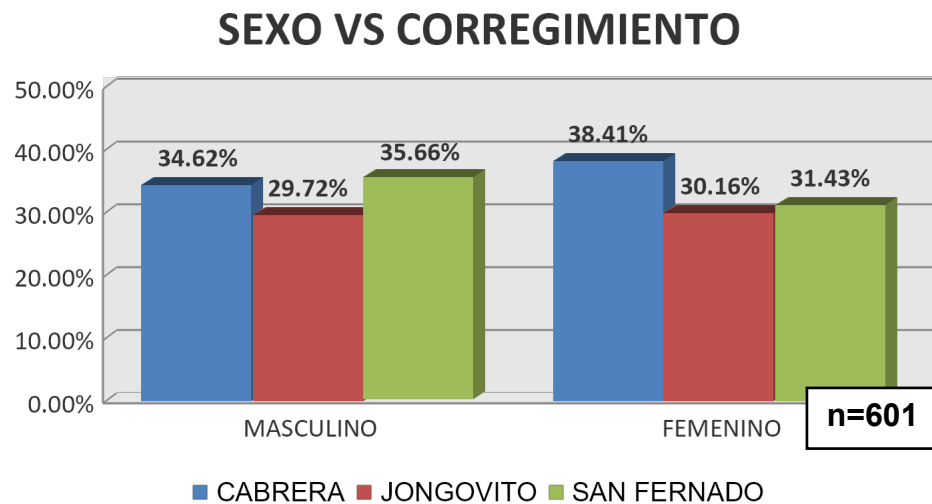
Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Extensa compuesta	31	25,40%
Madre soltera	6	4,90%
Nuclear	73	59,80%
Otra	12	9,80%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

El gráfico y la tabla anterior permite conocer el tipo de familia siendo un 59,8% es decir, 73 familias Nucleares seguidas con un 25,4% es decir 31 familias

extensas compuestas de un total de 122 familias y en menor porcentaje 4,9% madre soltera.

Gráfico 3: Sexo vs Corregimiento.



Fuente: Presente investigación

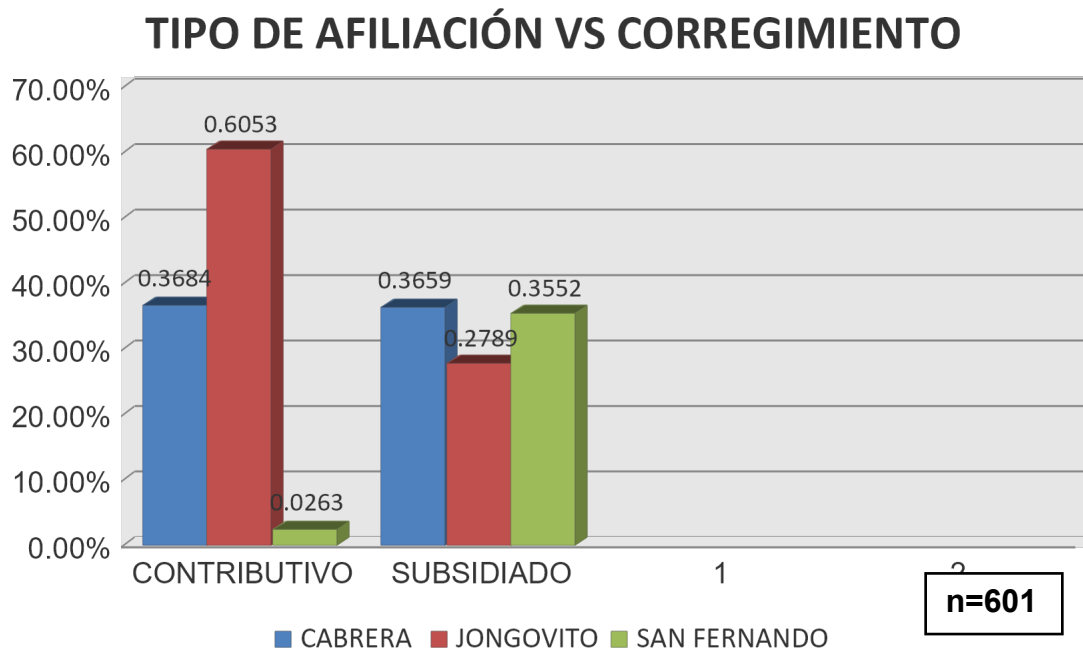
Tabla 5: Sexo vs Corregimiento.

SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CABRERA	99	34,62%	121	38,41%
JONGOVITO	85	29,72%	95	30,16%
SAN FERNANDO	102	35,66%	99	31,43%
TOTAL	286	100,00%	315	100,00%

Fuente: Presente investigación

De 601 individuos intervenidos, 315 son mujeres y 286 hombres. Se observa que en Cabrera existe un mayor número de población con un 38.41% perteneciente al género femenino y 34.62% del género masculino; un 30.16% del género femenino y 29.72% del género masculino correspondiente a Jongovito y un 35.66% género masculino y un 31.43% género femenino en San Fernando.

Gráfico 4: Tipo de afiliación vs Corregimiento.



Fuente: Presente investigación

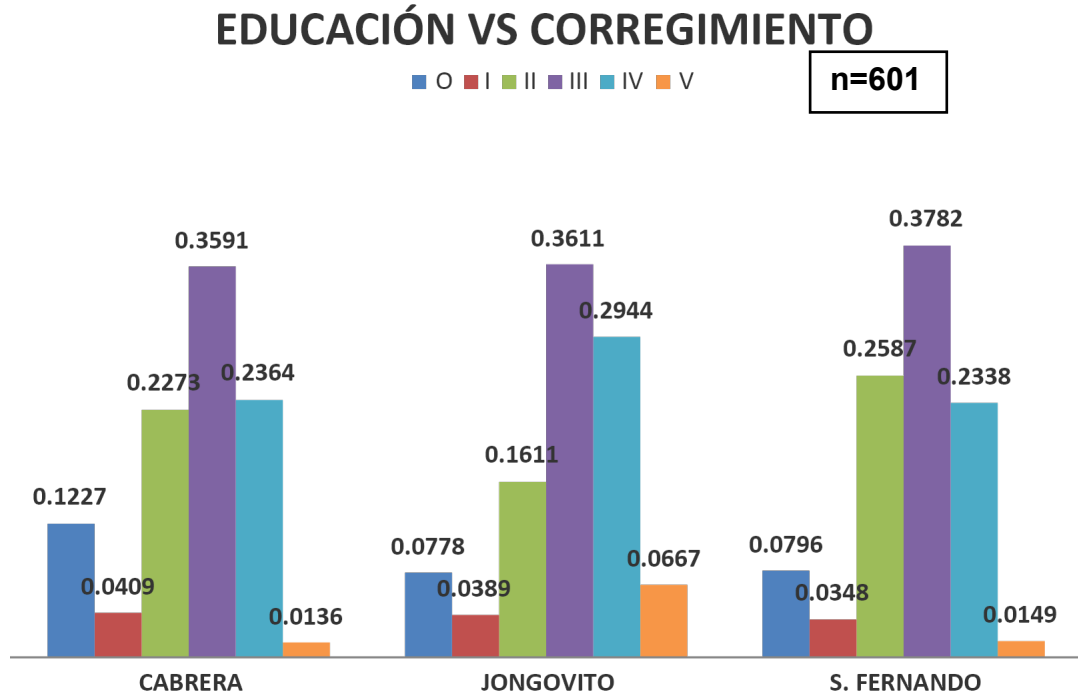
Tabla 6: Tipo de afiliación vs Corregimiento.

TIPO DE AFILIACION	CONTRIBUTIVO		SUBSIDIADO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CABRERA	14	36,84%	206	36,59%
JONGOVIOTO	23	60,53%	157	27,89%
SAN FERNANDO	1	2,63%	200	35,52%
TOTAL	38	100,00%	563	100,00%

Fuente: Presente investigación

De un total de 601 individuos intervenidos, el 94% está afiliado al régimen subsidiado correspondiente a 563 personas repartidas así el 36.59% son del corregimiento de cabrera,35.52% de San Fernando; y 27.89% de Jongovito. De un 6% perteneciente al régimen contributivo un 60.53% pertenece a Jongovito.

Gráfico 5 Educación vs Corregimiento.



Fuente: Presente investigación

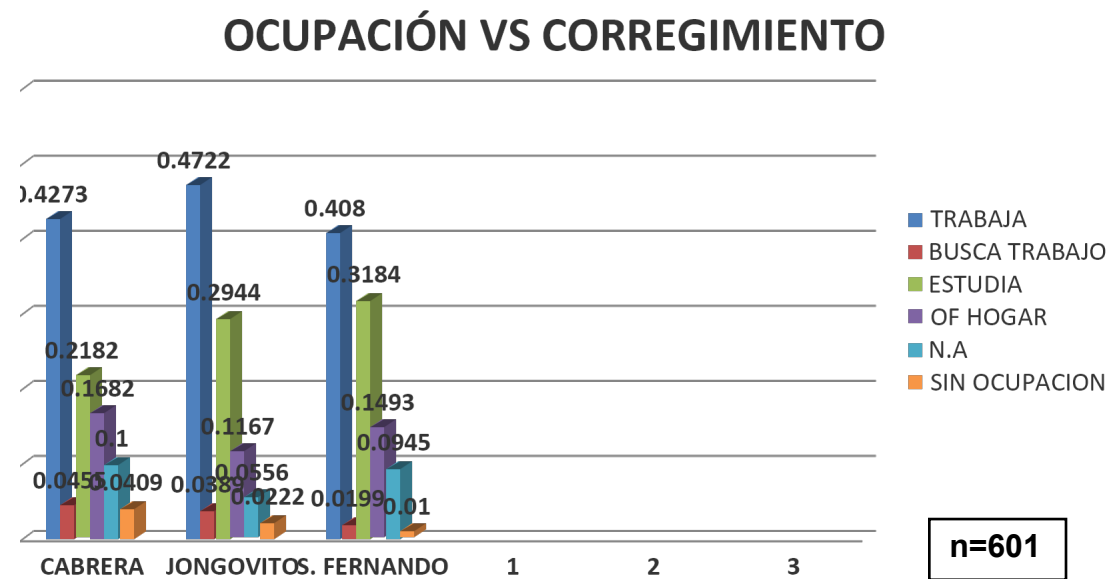
Tabla 7: Educación vs Corregimiento.

Educación	CABRERA		JONGOVITO		S. FERNANDO	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
No sabe leer ni escribir	27	12,27%	14	7,78%	16	7,96%
Nunca fue a la escuela pero sabe leer y escribir	9	4,09%	7	3,89%	7	3,48%
Primaria completa	50	22,73%	29	16,11%	52	25,87%
Primaria incompleta	79	35,91%	65	36,11%	76	37,82%
Secundaria	52	23,64%	53	29,44%	47	23,38%
Universitaria	3	1,36%	12	6,67%	3	1,49%
TOTAL	220	100,00%	180	100,00%	201	100,00 %

Fuente: Presente investigación

Como se indica en los tres corregimientos con relación a la educación lo más frecuente fue la primaria incompleta con un 35,91%, 36,11% y 37,82% respectivamente, seguido de secundaria con un 29,44% en Jongovito, 23,64% en Cabrera y 23,38% en San Fernando.

Gráfico 6: Ocupación vs Corregimiento.



Fuente: Presente investigación

Tabla 8: Ocupación vs Corregimiento.

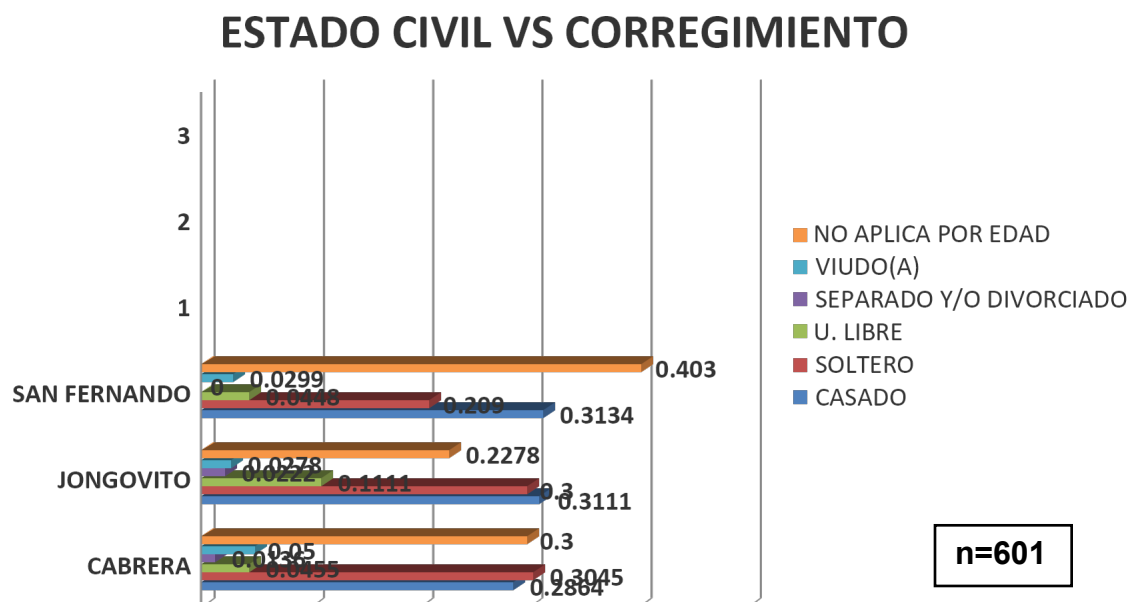
Ocupación	CABRERA		JONGOVITO		S. FERNANDO	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Trabaja	94	42,73%	85	47,22%	82	40,80%
Busca trabajo	10	4,55%	7	3,89%	4	1,99%
Estudia	48	21,82%	53	29,44%	64	31,84%
Of hogar	37	16,82%	21	11,67%	30	14,93%
No aplica por edad	22	10,00%	10	5,56%	19	9,45%

Sin ocupacion	9	4,09%	4	2,22%	2	1,00%
TOTAL	220	100,00%	180	100,00%	201	100,00%

Fuente: Presente investigación

Con relación a la ocupación vs corregimiento se determina que la mayoría de la población de Jongovito con un 47,22% (85 personas), en Cabrera un 42,73% (94 personas) y en San Fernando un 40,80% (82 personas) están trabajando seguido de la población que estudia en cada uno de los corregimientos estudiados.

Gráfico 7: Estado Civil vs Corregimiento.



Fuente: Presente investigación

Tabla 9: Estado Civil vs Corregimiento.

Estado Civil	CABRERA		JONGOVITO		SAN FERNANDO	
	Fre	porcent	Fre	porcent	Fre	porcent
casado	63	28,64%	56	31,11%	63	31,34%
soltero	67	30,45%	54	30,00%	42	20,90%
u. libre	10	4,55%	20	11,11%	9	4,48%
separado y/o divorciado	3	1,36%	4	2,22%	0	0,00%

viudo(a)	11	5,00%	5	2,78%	6	2,99%
no aplica por edad	66	30,00%	41	22,78%	81	40,30%
TOTAL	220	100,00%	180	100,00%	201	100,00%

Fuente: Presente investigación

Como resultado del cruce de estado civil vs corregimiento se identificó que en los corregimientos de Jongovito y San Fernando tiene una mayor prevalencia las personas casadas con un 31,11% y 31,34% respectivamente; y en el Cabrera lo más frecuente fue ser soltero en un 30,45%. Las personas menores de 18 años ocuparon un porcentaje de 30%, 22,78% y 40,30% comparativamente para los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando.

6.1.3 Aspectos de la vivienda.

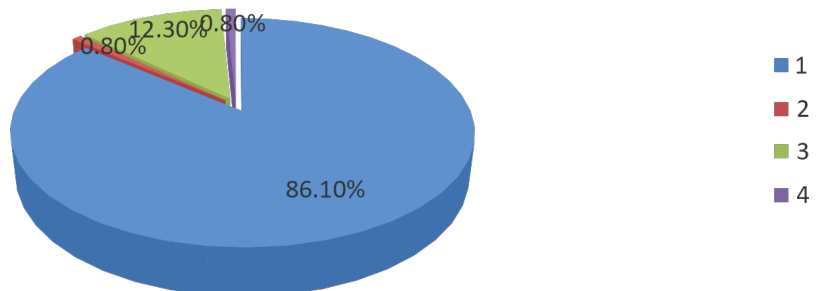
Las variables que se describen a continuación corresponden a parámetros generales que miden la calidad de vida de la población de los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando. Resultados correspondientes a parte del sector oriental y noroccidental de la población rural del municipio de Pasto, cuyas características sociodemográficas son similares entre sí.

A continuación se describe gráficamente los aspectos más relevantes de las condiciones de la vivienda y por ende de vida de los habitantes de los corregimientos de este sector del municipio de Pasto.

Gráfico 8: Origen del agua consumible.

ORIGEN DEL AGUA CONSUMIBLE

n=122



Fuente: Presente investigación

Tabla 10: Origen del agua consumible.

De donde toma el agua para el consumo	Frecuencia	Porcentaje
Acueducto	105	86,10%
Estanques	1	0,80%
Fuente natural	15	12,30%
Lluvia	1	0,80%
TOTAL	122	100,00%

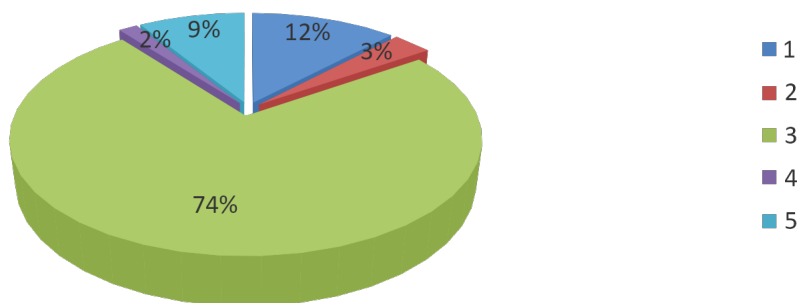
Fuente:

Presente investigación

Lo anterior indica que la población en estudio toma el agua para el consumo en mayor frecuencia proveniente del acueducto que cuentan con planta de tratamiento o sistemas de desinfección técnicamente manejada con un 86,1%, es decir 105 familias estudiadas seguido de un 12,30% que la toman de la fuente natural.

Gráfico 9: Tratamiento casero del agua.

TRATAMIENTO CASERO DEL AGUA



n=122

Fuente: Presente investigación

Tabla 11: Tratamiento casero del agua.

Tipo de tratamiento casero del agua	Frecuencia	Porcentaje
clorada	15	12,30%
Filtrada	4	3,30%
Hervida	90	73,80%
Ninguno	2	1,60%
Sin tratamiento	11	9,00%
TOTAL	122	100,00%

Fuente:
investigación

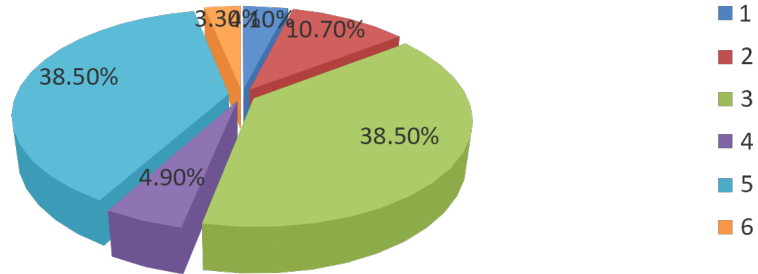
Presente

En el gráfico y la tabla se determina que como tipo de tratamiento casero del agua; el 73,80% (90 familias) hierve el agua, seguida del 12,30% que utiliza el agua clorada para un total de 15 familias, y 11 familias de un total de 122 corresponden al 2% que no utiliza ningún tipo de tratamiento.

Gráfico 10: Disposición de la basura.

DISPOSICIÓN DE LA BASURA

n=122



Fuente: Presente investigación

Tabla 12: Disposición de la basura.

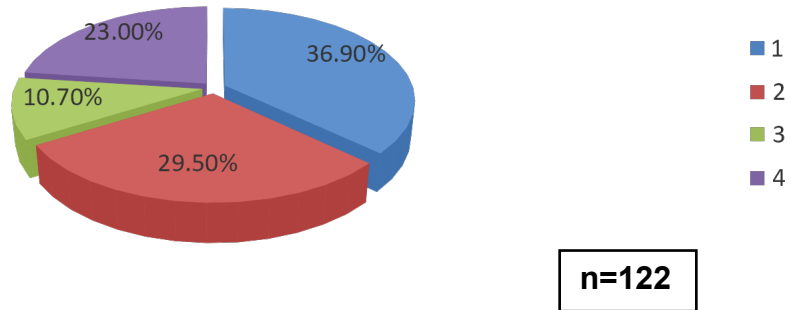
Disposición de la basura	Frecuencia	Porcentaje
Contenedor	5	4,10%
Enterrada	13	10,70%
Quemada	47	38,50%
Reciclada	6	4,90%
Carro Recolector	47	38,50%
Tirada	4	3,30%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

Lo anterior permite conocer que las familias estudiadas optan por quemar y llevar la basura al carro recolector en un 38,50% respectivamente, es decir 47 de un total de 122 familias, seguida de un 10,70% (13 familias), optan por enterrar la basura y en un mínimo porcentaje 3,30% la tiran en sectores aledaños.

Gráfico 11: Servicio sanitario.

SERVICIO SANITARIO



Fuente: Presente investigación

Tabla 13: Servicio sanitario.

El servicio sanitario que utiliza es	Frecuencia	Porcentaje
Inodoro conectado a alcantarillado	45	36,90%
Inodoro conectado a pozo séptico	36	29,50%
Inodoro sin conexión a alcantarillado	13	10,70%
Letrina	28	23,00%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

El gráfico y la tabla describe que en un 36,9% la comunidad utiliza el servicio sanitario inodoro conectado a alcantarillado es decir, 45 de un total de 122 familias, seguido de 29,5% (36 familias) el inodoro conectado a pozo séptico y en un menor porcentaje con un 10,7% inodoro sin conexión a alcantarillado.

Gráfico 12: Tipo de alumbrado.

TIPO DE ALUMBRADO



Fuente: Presente investigación

n=122

Fuente: Presente investigación

Tabla 14: Tipo de alumbrado.

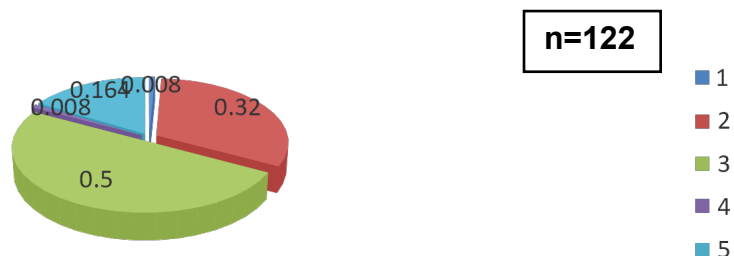
Tipo de alumbrado que utiliza	Frecuencia	Porcentaje
Eléctrico	119	97,50%
Otro	1	0,80%
Vela	2	1,60%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

El tipo de alumbrado que más utiliza la población es el eléctrico con un 97,50% es decir, 119 familias y en un menor porcentaje con un 1,60% es decir, 2 familias utilizan velas para la iluminación de un total de 122 familias.

Gráfico 13. Material piso.

MATERIAL DEL PISO



Fuente: Presente Investigación

Tabla 15: Material piso.

Fuente: Presente Investigación

Lo anterior da conocer el material predominante del piso de la vivienda presentándose con mayor frecuencia el cemento con un 50% es decir, 61 viviendas de un total de 122, seguida de baldosa, vinilo, tableta o ladrillo en un 32% y en menor frecuencia con un 0.8% alfombra, tapete y mármol, parquet o madera respectivamente.

Gráfico 14: Material techo.

MATERIAL DEL TECHO

Material predominante	Frecuencia	Porcentaje
Alfombra o tapete	1	0,80%
Baldosa, vinilo, tableta o ladrillo	39	32,00%
Cemento	61	50,00%
Marmol, parquet o madera pulida	1	0,80%
Tierra	20	16,40%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación
 Tabla 17. Material de las paredes.

Fuente: Presente investigación

Fuente: Presente Investigación

Tabla 16. Material techo.

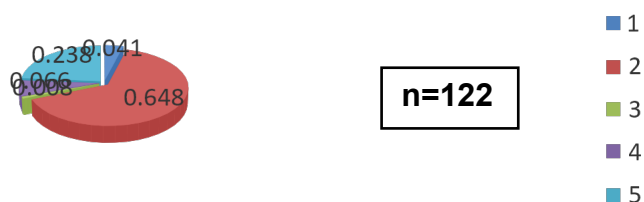
Material predominante en el techo	Frecuencia	Porcentaje
Desechos: cartón, lata, sacos, otros	3	2,50%
Losa o plancha, asbesto	45	36,90%
Teja de barro, zinc, eternit	74	60,70%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente Investigación

El material predominante del techo de la vivienda demostrándose con mayor frecuencia la teja de barro, zinc, eternit con un 60,7% es decir, 74 viviendas de un total de 122 y en menor frecuencia con un 2,5% que sea de cartón, lata, sacos, otros.

Gráfico 15. Material de las paredes.

MATERIAL DE LAS PAREDES



Fuente: Presente Investigación

Tabla 17: Material de las paredes.

Material predominante en las paredes	Frecuencia	Porcentaje
Bareque	5	4,10%

Bloque, ladrillo, piedra, material prefabricado	79	64,80%
Guadua, caña, esterilla	1	0,80%
Madera	8	6,60%
Tapia pisada o adobe	29	23,80%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente Investigación

Lo anterior demuestra que el material predominante de las paredes de la vivienda es de bloque, ladrillo, piedra, material prefabricado con un 64,8% es decir 79 viviendas, seguida de 23,8% tapia pisada o adobe y en menor frecuencia 0,8% guadua, caña o esterilla.

Tabla 18: Calidad de la iluminación y la ventilación.

	ILUMINACION		VENTILACION	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Buena	85	69,70%	71	58%
Mala	2	1,60%	12	10%
Regular	35	28,70%	39	32%
TOTAL	122	100,00%	122	100%

Fuente: Presente investigación

La calidad de iluminación dentro de la vivienda en un 69,7% es decir, 85 familias poseen buena iluminación, seguida de un 28,7% con una regular iluminación (35 familias). La calidad de ventilación; en un 58% (71 familias) tiene buena ventilación y el 32% regular (39 familias).

Tabla 19: Roedores.

Roedores	Frecuencia	Porcentaje
NO	77	63,10%
SI	45	36,90%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

Un 63,1% es decir, 77 familias de un total de 122 NO tienen la presencia de roedores dentro de la vivienda en comparación con un 36,9% es decir, 45 familias que SI tienen la presencia de roedores dentro de la vivienda.

Tabla 20: Poseen anjeos en puertas y ventanas.

Anjeos en la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
NO	88	72,13%
SI	32	26,23%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

La tabla indica que en un 72,13% es decir, 88 familias de un total de 122 NO tienen anjeos en la vivienda en comparación con un 26,23% es decir, 32 familias que SI tienen anjeos en la vivienda.

Tabla 21: Más de tres personas por dormitorio

Más de tres personas por dormitorio	Frecuencia	Porcentaje
NO	85	69,70%
SI	37	30,30%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

Lo anterior da a conocer que un 69,7%, es decir en 85 familias NO duermen más de tres personas por habitación a diferencia de un 30,3% es decir, 37 familias que SI hay más de tres personas por dormitorio.

Tabla 22: Humo en la vivienda.

Hay humo en la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
NO	87	71,30%
SI	35	28,70%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

En un 71,3%, es decir en 87 viviendas NO hay humo a diferencia de un 28,7% es decir, 35 viviendas SI lo hay de un total de 122 viviendas.

Tabla 23: Animales dentro de la vivienda.

Animales dentro de la vivienda	PERROS		PORCINOS		ESPECIES MENORES (AVES, CUYES, CONEJOS)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	93	76,20%	11	9,00%	78	63,90%
NO	29	23,80%	111	91,00%	44	36,10%
Total	122	100,00%	122	100,00%	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

Las familias poseen dentro de su vivienda diferentes animales domésticos y especies menores como: el perro en un 76,20% es decir, en 93 hogares seguidos de especies menores con un 63,90% es decir, en 78 hogares y en menor porcentaje los porcinos con un 9% de un total de 122 viviendas.

Tabla 24: Tenencia de la vivienda.

Tenencia de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
En arriendo	5	4,10%
Prestada	7	5,70%
Propia	110	90,20%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

En cuanto a tenencia de la vivienda se determina que en un 90,2% es decir, en 110 familias la vivienda es propia y en un 4,10% es decir, 5 viviendas son arrendadas de un total de 122 viviendas.

Tabla 25: Actividad productiva dentro de la vivienda.

Hay actividad productiva en la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
NO	52	42,60%
SI	70	57,40%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

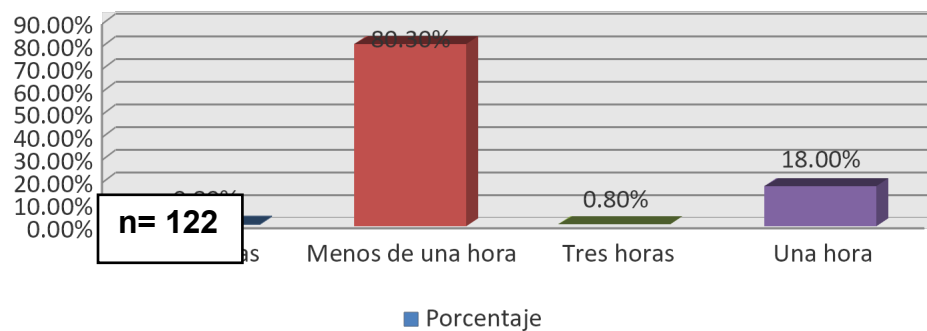
La tabla anterior muestra que en el 57,4% es decir, en 70 viviendas SI hay actividad productiva dentro de la vivienda en comparación de un 42,6% es decir, en 52 viviendas donde NO la hay de un total de 122 viviendas.

6.1.4 Aspectos extradomiciliarios.

6.1.4.1 Accesibilidad.

Gráfico 16. Tiempo que tarda en llegar al centro de salud

TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD



Fuente: Presente investigación

Tabla 26: Tiempo que tarda en llegar al centro de salud

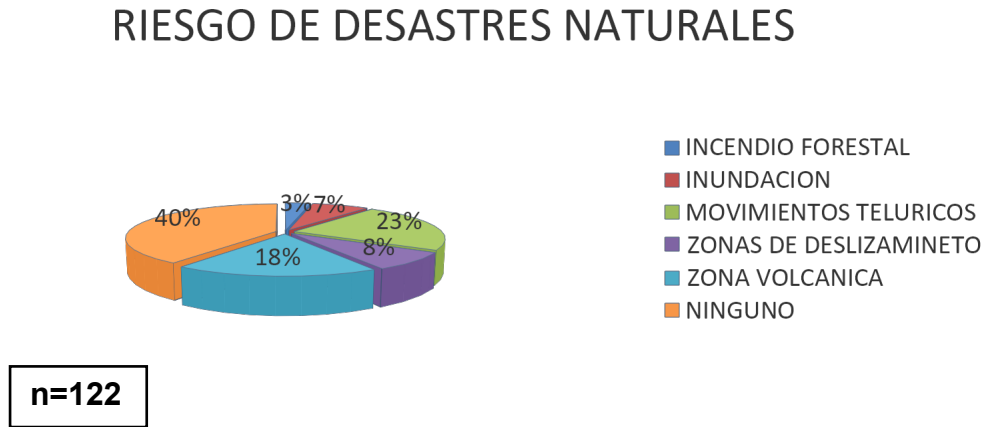
Tiempo que tarda en llegar desde su casa al centro de salud más cercano	Frecuencia	Porcentaje
Dos horas	1	0,80%
Menos de una hora	98	80,30%
Tres horas	1	0,80%
Una hora	22	18,00%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

Lo anterior da a conocer que el 80,3% es decir, en 98 familias se demoran menos de una hora en llegar al centro de salud y menos del 1% se demora entre dos y tres horas en llegar de un total de 122 familias.

Gráfico 20. Riesgos de desastres naturales.

Gráfico 17. Riesgos de desastres naturales.



Fuente: Presente investigación

Tabla 27: Riesgos de desastres naturales.

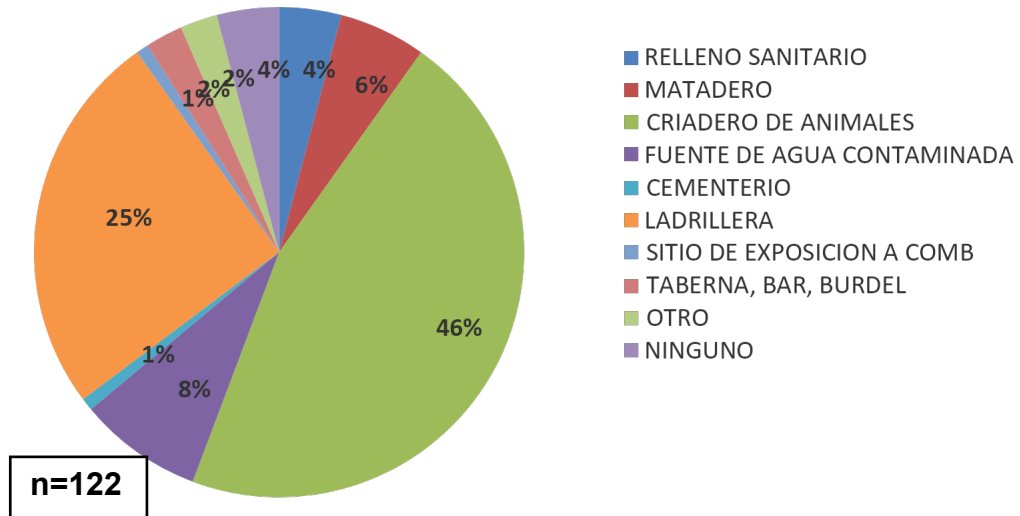
Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Incendio forestal	4	3,28%
Inundación	9	7,38%
Movimientos telúricos	28	22,95%
Zonas de deslizamiento	10	8,20%
Zona volcánica	22	18,03%
Ninguno	49	40,16%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

El 40,1% es decir, en 49 viviendas no presentan ningún riesgo de desastres naturales de un total de 122 familias, en un 22,95% presentan movimientos telúricos y en menor porcentaje incendio forestal en un 3,28%.

Gráfico 18: Exposición a Contaminantes.

EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES



Fuente: Presente investigación

Tabla 28: Exposición a Contaminantes.

Exposición a contaminantes	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relleno sanitario	5	4,10%
Matadero	7	5,74%
Criadero de animales	56	45,90%
Fuente de agua contaminada	10	8,20%
Cementerio	1	0,82%
Ladrillera	31	25,41%
Exposición a combustible	1	0,82%
Taberna, bar, burdel	3	2,46%
Otro	3	2,46%
Ninguno	5	4,10%
TOTAL	122	100,00%

Fuente:
Presente
investigación

De un total
de 122
familias el
45.90%

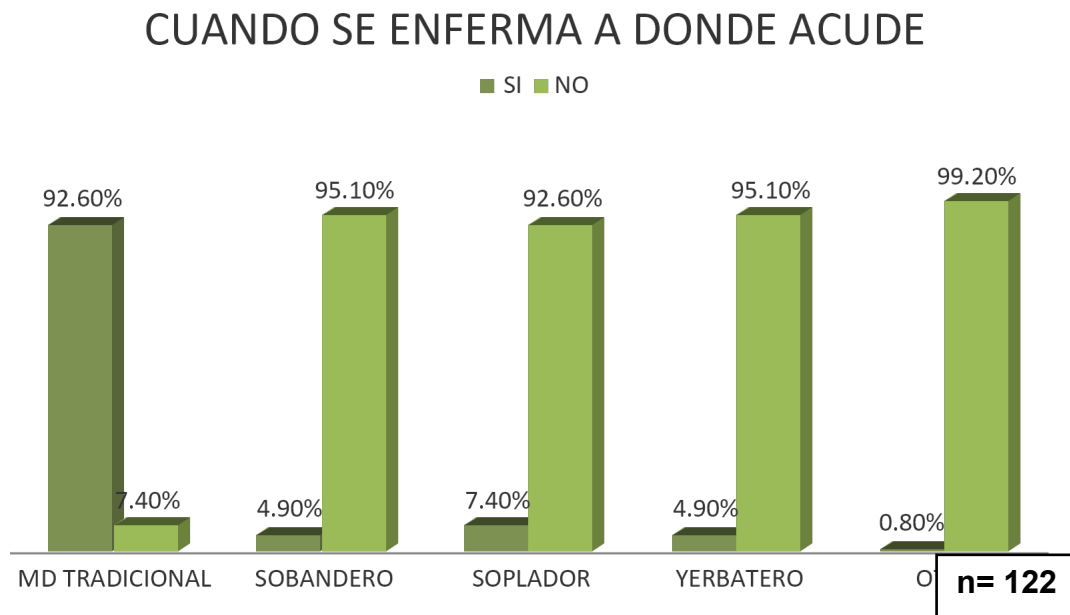
correspondiente a 56 familias presenta criadero de animales en el hogar, seguido de 25.41% de las familias están expuestas a contaminación por humo de ladrillo; 8.20% agua contaminada, siendo los contaminantes de menor prevalencia con un 0.80% cementerio y exposición a combustibles.

6.1.5 Dimensiones culturales.

Pese a no existir un informe que demuestre la clasificación de la población según sean colonos, campesinos e indígenas; se tiene conocimiento de la existencia de un buen número de población indígena en el sector rural del municipio y en el sector objeto de estudio que conserva prácticas culturales y tradiciones propias de estas comunidades así como se describe a continuación:

6.1.5.1 Medicina tradicional.

Gráfico 19: Cuando se enferma algún miembro de familia a donde acude.



Fuente: Presente investigación

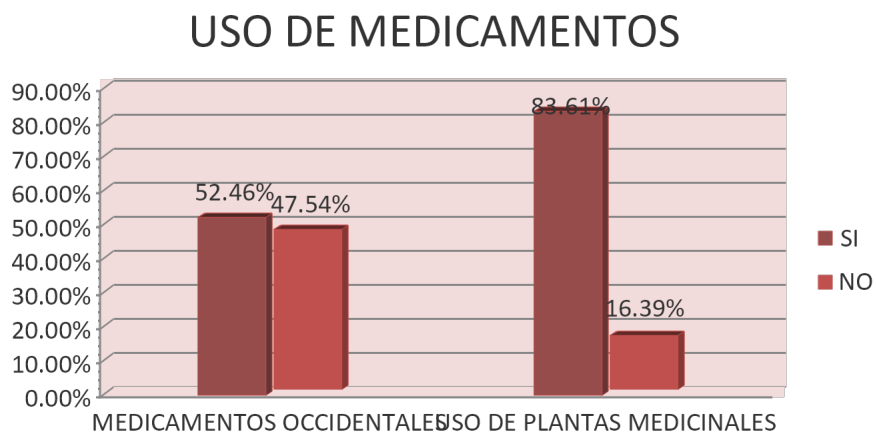
Tabla 29: Cuando se enferma algún miembro de familia a donde acude.

	MEDICO TRADICIONAL		SOBANDERO		SOPLADOR		YERBATERO		OTROS	
	Frec	Porcent	Frec	Porcent	Frec	Porcent	Frec	Porcent	Frec	Porcent
SI	113	92,60%	6	4,90%	9	7,40%	6	4,90%	1	0,80%
NO	9	7,40%	116	95,10%	113	92,60%	116	95,10%	121	99,20%
Total	122	100%	122	100%	122	100%	122	100%	122	100%

Fuente: Presente investigación

El 92,60% es decir, 113 familias acuden al médico tradicional cuando alguno de sus miembros se enferma y en un menor porcentaje con el 4,90% es decir, 6 familias acuden al yerbatero o al sobandero respectivamente de un total de 122 familias.

Gráfico 20. Uso de medicamentos y plantas medicinales.



Fuente: Presente investigación

Tabla 30: Uso de medicamentos y plantas medicinales.

	MEDICAMENTOS OCCIDENTALES		USA PLANTAS MEDICINALES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	58	47,54%	20	16,39%
SI	64	52,46%	102	83,61%
TOTAL	122	100,00%	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

En la gráfica y tabla se determina que el 52,46% es decir, 64 familias utilizan medicamentos occidentales y el 83,61% correspondiente a 102 familias de un total de 122, usan plantas medicinales como yerbabuena, manzanilla, cedrón, menta yeucalipto entre otras.

Para el alcance del segundo objetivo que fue identificar los factores de riesgo en la salud de las familias estudiadas se lo alcanzó con la utilización del APGAR FAMILIAR, ECOMAPA y la Ficha SIPRIS tomando la información por ciclo vital individual así:

- Niños menores de 10 años
- Jóvenes de 10 a 24 años
- Salud sexual y reproductiva: hombres y mujeres de 10 a 49 años
- Mujeres de 10 y más años
- Gestación, parto y postparto
- Hombres y mujeres de 25 a 44 años
- Hombres y mujeres de 25 a 44 años

6.1.6 Niños menores de 10 años

Tabla 31: Desnutrición en niños menores de 10 años.

Desnutrición en menores de 10 años	Frecuencia	Porcentaje

NO	50	96,23%
SI	2	3,77%
TOTAL	52	100,00%

Fuente: Presente investigación

La tabla anterior explica que el 96,23% es decir, 50 niños menores de 10 años NO presentan desnutrición de un total de 52 niños de la población de estudio.

Tabla 32: Desparasitación en niños menores de 10 años.

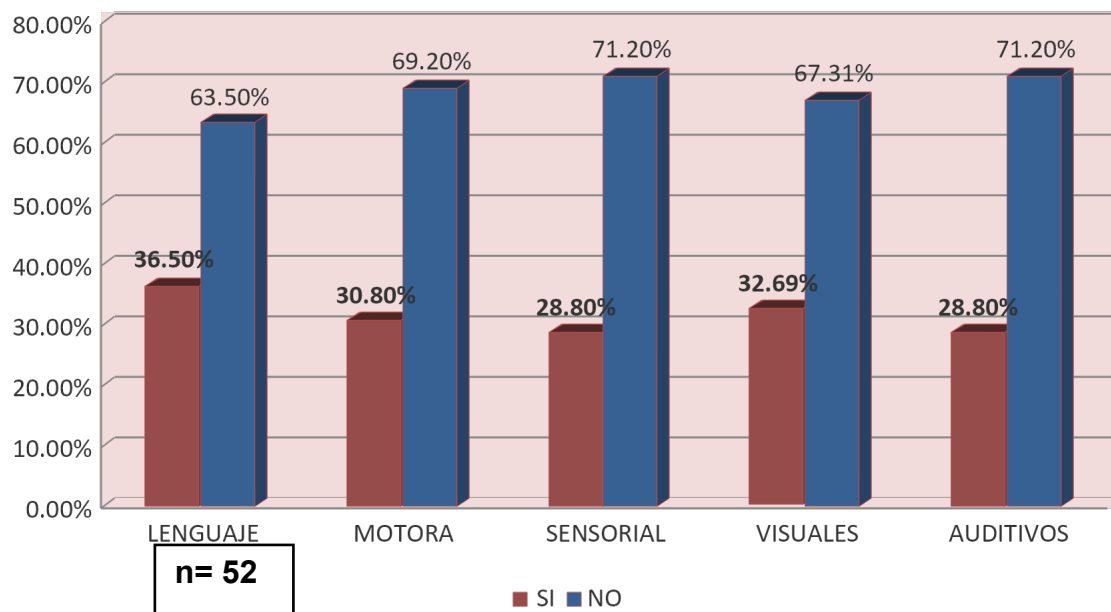
DESPARACITADO	Frecuencia	Porcentaje
NO	35	67,90%
SI	17	32,10%
TOTAL	52	100,00%

Fuente: Presente investigación

La tabla muestra que el 67,9% es decir, 36 niños menores de 10 años NO se han desparasitado de un total de 52 niños en estudio.

Gráfico 21: Detección de problemas en niños menores de 10 años.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS



Fuente: Presente investigación

Tabla 33: Detección de problemas en niños menores de 10 años.

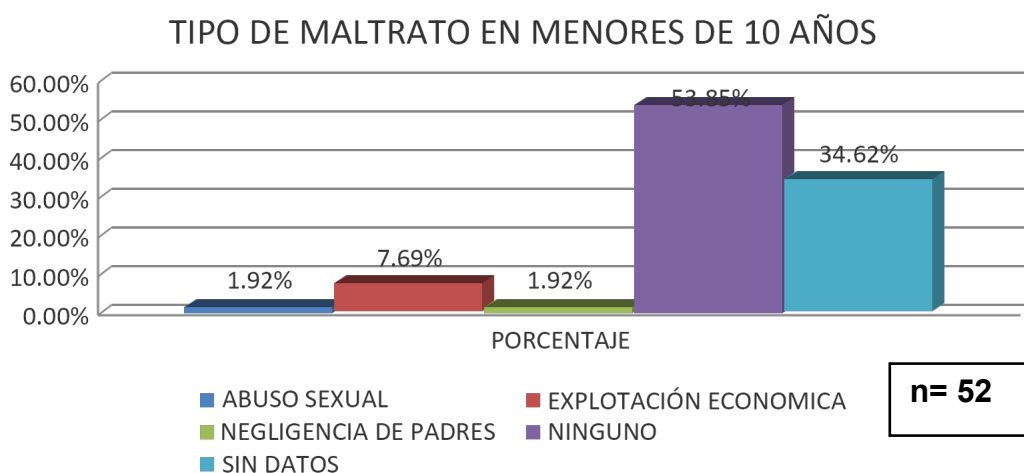
Detección de problema	Lenguaje		Motora		Sensorial		Visuales		Auditivos	
	Fre	porcent	Fre	porcen	Fre	porcen	Fre	porcen	Fre	porcen
NO	33	63,50 %	36	69,20 %	37	71,20 %	35	67,31 %	37	7,00%
SI	19	36,50 %	16	30,80 %	15	28,80 %	17	32,69 %	15	28,80 %
TOTAL	52	100%	52	100%	52	100%	52	100%	52	100%

Fuente: Presente investigación

La infancia es la edad más propicia para prevenir mediante la detección temprana problemas tanto de lenguaje, motora, sensorial, auditiva y visual, lo anterior explica que los niños menores de 10 años NO presentan estas deficiencias y la mayor problemática encontrada es la del lenguaje con un 36,50% es decir, 19 niños y en menor porcentaje problemas motores y

auditivos con un 28,80% es decir, 15 niños respectivamente de un total de 52 niños en estudio.

Gráfico 22: Tipo de maltrato en niños menores de 10 años.



Fuente: Presente investigación

Tabla 34: Tipo de maltrato en niños menores de 10 años.

Tipo de maltrato	frecuencia	porcentaje
Abuso sexual	1	1,92%
Explotación económica	4	7,69%
Negligencia de padres	1	1,92%
Ninguno	28	53,85%
Sin datos	18	34,62%
TOTAL	52	100,00%

Fuente: Presente investigación

De 52 menores de 10 años, un 53.85% no presenta ningún tipo de maltrato correspondiente a 28 personas, 34.62% no registran datos, 7.69% reportan explotación económica, por último un 1.92% abuso sexual y negligencia de los padres.

Tabla 35. Morbilidad al nacer en niños menores de 10 años.

Morbilidad al nacer	frecuencia	porcentaje
---------------------	------------	------------

Anomalías congénitas	1	1,92%
Bajo peso al nacer	1	1,92%
Traumatismo del recién nacido	2	3,85%
Ninguno	44	84,62%
Sin datos	4	7,69%
TOTAL	52	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 23: Morbilidad al nacer en niños menores de 10 años.

MORBILIDAD AL NACER EN MENORES DE 10 AÑOS

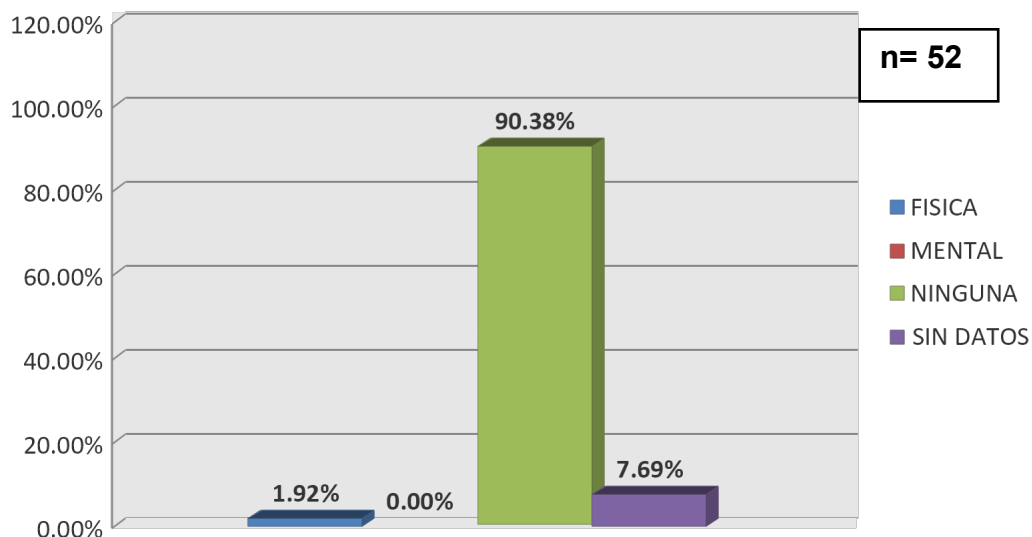


Fuente: Presente investigación

De 52 familias con presencia de menores de 10 años un 84.62% no presenta ninguna alteración al nacer, 69% no registra datos, un 3.85% reporta traumas de recién nacido, un 1.92% reporta anomalías congénitas, al igual que en 1.92% refiere bajo peso al nacer.

Gráfico 24: Discapacidades en niños menores de 10 años.

DISCAPACIDAD EN MENORES DE 10 AÑOS



Fuente: Presente Investigación

Tabla 36: Discapacidades en niños menores de 10 años

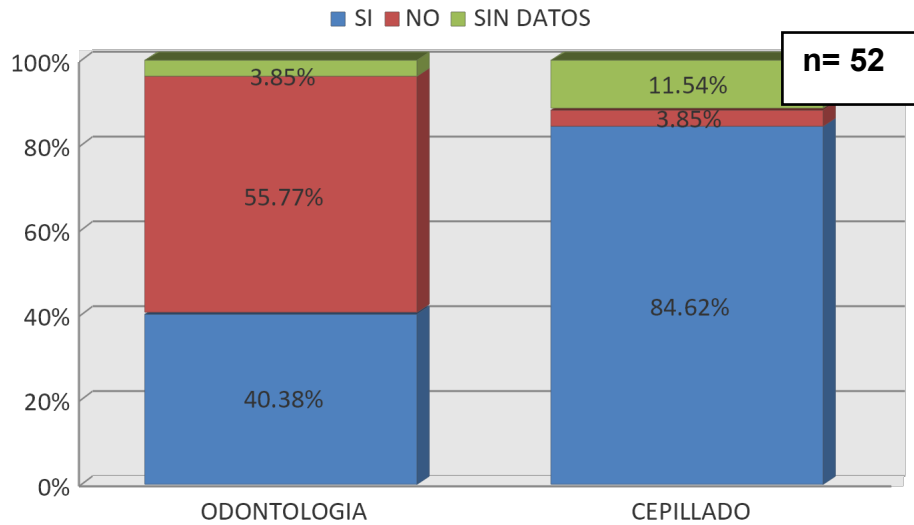
Discapacidad	frecuencia	porcentaje
Física	1	1,92%
Mental	0	0,00%
Ninguna	47	90,38%
Sin datos	4	7,69%
TOTAL	52	100,00%

Fuente: Presente Investigación

De 52 familias con menores de 10 años estudiados un 90.38% no presentan ninguna discapacidad, 7.69% no reporta datos, un 1.92 tiene discapacidad física.

Gráfico 25: Salud oral en niños menores de 10 años.

SALUD ORAL EN MENORES DE 10 AÑOS



Fuente: Presente Investigación

Tabla 37. Salud oral en niños menores de 10 años.

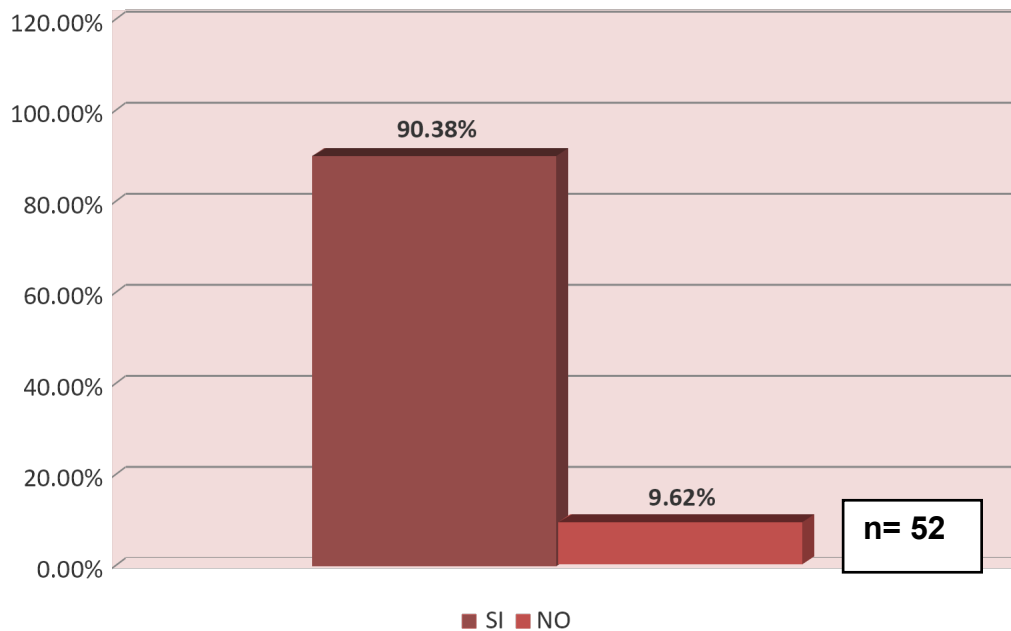
Salud oral	ODONTOLOGIA		CEPILLADO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	40,38%	44	84,62%
NO	29	55,77%	2	3,85%
SIN DATOS	2	3,85%	6	11,54%
TOTAL	52	100,00%	52	100,00%

Fuente: Presente Investigación

De 52 familias con menores de 10 años un 84.62% correspondiente a 44 niños refieren cepillado 3 veces al día. Del mismo total de la población un 40.38% correspondiente a 21 personas asistieron a consulta odontológica en los últimos 6 meses.

Gráfico 26: Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años.

L DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN MENORES DE :



Fuente: Presente Investigación

Tabla 38: Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años.

Control de Crecimiento y Desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
SI	47	90,38%
NO	5	9,62%
TOTAL	52	100,00%

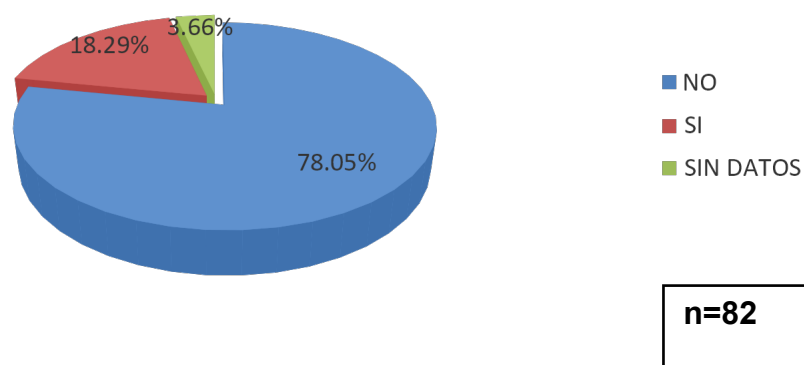
Fuente: Presente Investigación

De 52 familias menores de 10 años estudiados el 90.38% correspondiente a 47 personas si asisten al programa de crecimiento y desarrollo.

6.1.7 Jóvenes de 10 a 24 años.

Gráfico 27: Control del Joven de 10 A 24 años.

SISTENCIA AL CONTROL DEL JOVEN DE 10 A 24 AÑO



Fuente: Presente Investigación

Tabla 39: Control del Joven de 10 A 24 años.

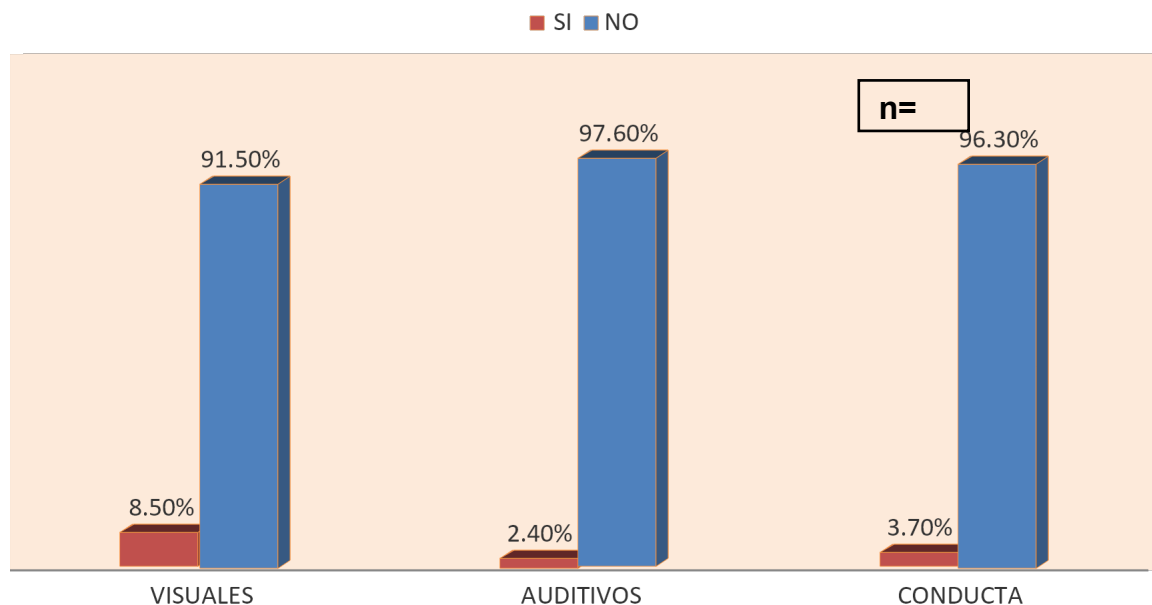
Control de Joven	Frecuencia	Porcentaje
NO	64	78,05%
SI	15	18,29%
SIN DATOS	3	3,66%
TOTAL	82	100,00%

Fuente: Presente Investigación

En el gráfico y tabla se determina que el 78,05% es decir, 64 jóvenes de 10 a 24 años NO asisten al programa del Joven seguido de un 18,29% (15 personas) Si asisten al programa de un total de 82 jóvenes estudiados.

Gráfico 28: Detección de problemas en jóvenes de 10 a 24 años.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN JÓVENES DE 10 A 24 AÑOS



Fuente: Presente investigación

Tabla 40: Detección de problemas en jóvenes de 10 a 24 años.

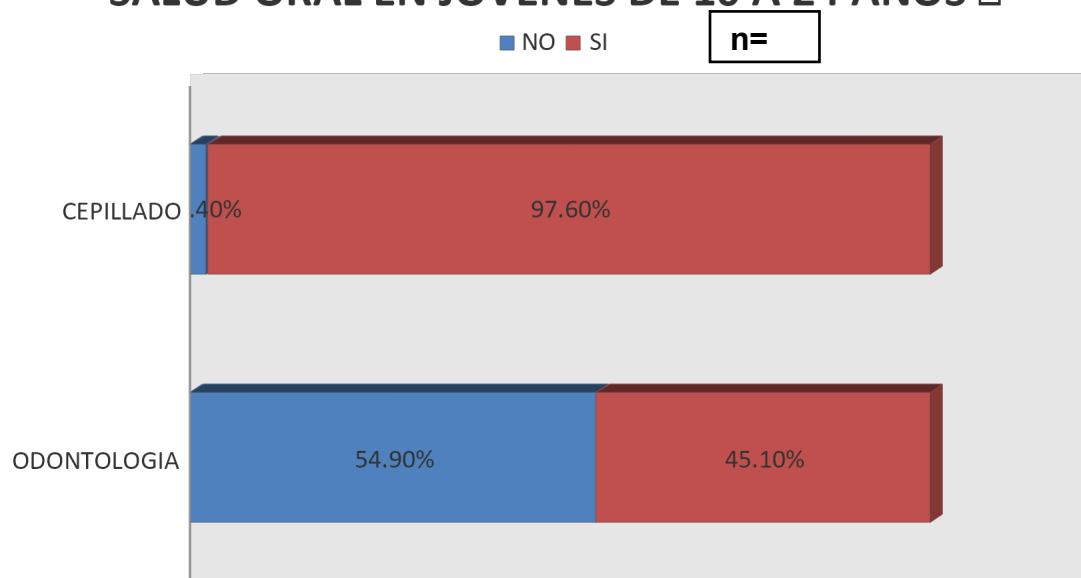
	VISUALES		AUDITIVOS		CONDUCTA	
	Frecuen	Porcen	Frecuen	Porcen	Frecuen	Porcen
NO	75	91,50%	80	97,60%	79	96,30%
SI	7	8,50%	2	2,40%	3	3,70%
Total	82	100,00%	82	100,00%	82	100,00%

Fuente: Presente investigación

Lo anterior da a conocer que el 91,5% es decir, 75 jóvenes de 10 a 24 años NO presentan problemas visuales, el 97,6% es decir, 80 jóvenes de 10 a 24 años NO presentan problemas auditivos y el 96,3% es decir, 79 jóvenes de 10 a 24 años NO presentan problemas de conducta de un total de 82 jóvenes de la población de estudio.

Gráfico 29: Salud Oral en jóvenes de 10 a 24 años.

SALUD ORAL EN JÓVENES DE 10 A 24 AÑOS [?]



Fuente: Presente investigación

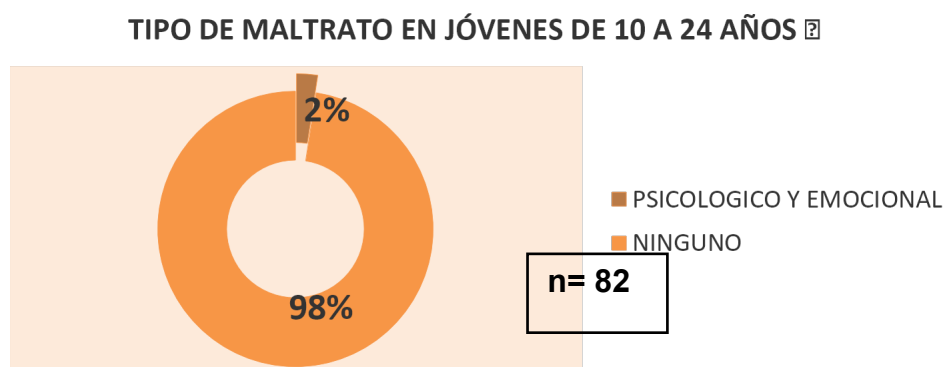
Tabla 41: Salud Oral en jóvenes de 10 a 24 años.

Salud Oral	Odontología		Cepillado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	45	54,90%	2	2,40%
SI	37	45,10%	80	97,60%
TOTAL	82	100,00%	82	100,00%

Fuente: Presente investigación

El 54,9% es decir, 45 jóvenes de 10 a 24 años NO han asistido a la odontología en los últimos 6 meses y el 97,6% (80 personas) SI se cepillan los dientes tres veces en el día de un total de 82 jóvenes.

Gráfico 30: Tipo de maltrato en jóvenes de 10 a 24 años.



Fuente: Presente investigación

Tabla 42: Tipo de maltrato en jóvenes de 10 a 24 años.

Tipo de maltrato	frecuencia	porcentaje
Psicológico y emocional	2	2,44%
Ninguno	80	97,56%
TOTAL	82	100,00%

Fuente: Presente investigación

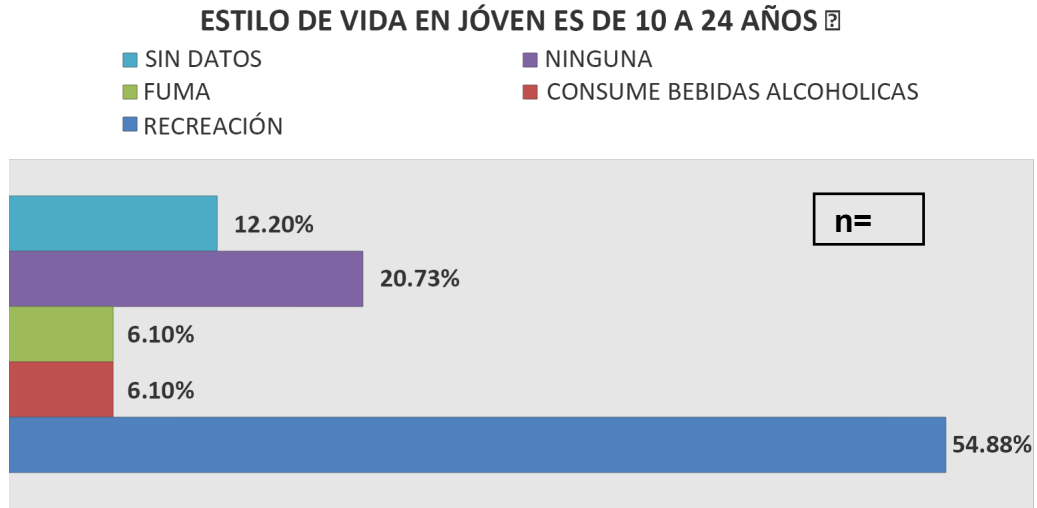
De 82 jóvenes estudiados entre 10 a 24 años el 97.56% correspondiente a 80 jóvenes no presenta ningún tipo de maltrato, el 2.44% de ellos refiere maltrato psicológico o emocional.

Tabla 43. Estilos de vida en jóvenes de 10 a 24 años.

Estilo de vida	frecuencia	porcentaje
Recreación	45	54,88%
Consume bebidas alcoholicas	5	6,10%
Fuma	5	6,10%
Ninguna	17	20,73%
Sin datos	10	12,20%
TOTAL	82	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 31: Estilos de vida en jóvenes de 10 a 24 años.



Fuente: Presente investigación

En el grupo de 82 jóvenes de edades entre 10 a 24 años encontramos entre sus hábitos de vida: un 54.88% realiza actividades recreativas seguido de un 20.73% quienes no refieren ninguna actividad, un 12.20% de la población no reporta datos, mientras el 6.10% refiere consumo de alcohol al igual porcentaje que fumar.

6.1.8 Salud Sexual y Reproductiva: Hombres y mujeres de 10 a 49 años.

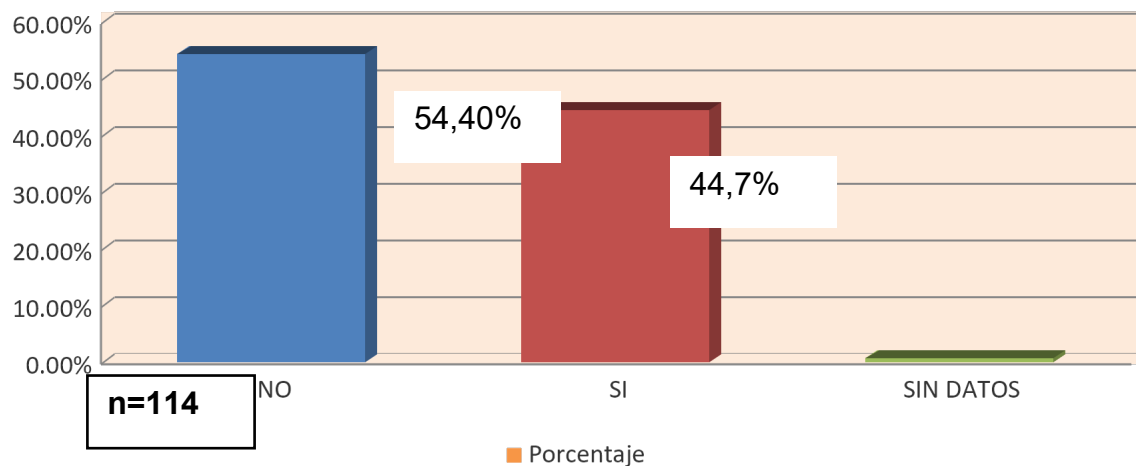
Tabla 44: Planificación familiar de hombres y mujeres de 10 a 49 años.

Planifica	Frecuencia	Porcentaje
NO	62	54,40%
SI	51	44,70%
SIN DATOS	1	0,90%
TOTAL	114	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 32: Planificación familiar de hombres y mujeres de 10 a 49 años.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE HOMBRES Y MUJERES DE 10 A 49 AÑOS



Fuente: Presente investigación

Lo anterior indica que el 54,4% es decir, 62 hombres y mujeres de 10 a 49 años NO planifican seguido de un 44,70% (51 personas) que SI planifican con algún método anticonceptivo de un total de 114 personas en estudio.

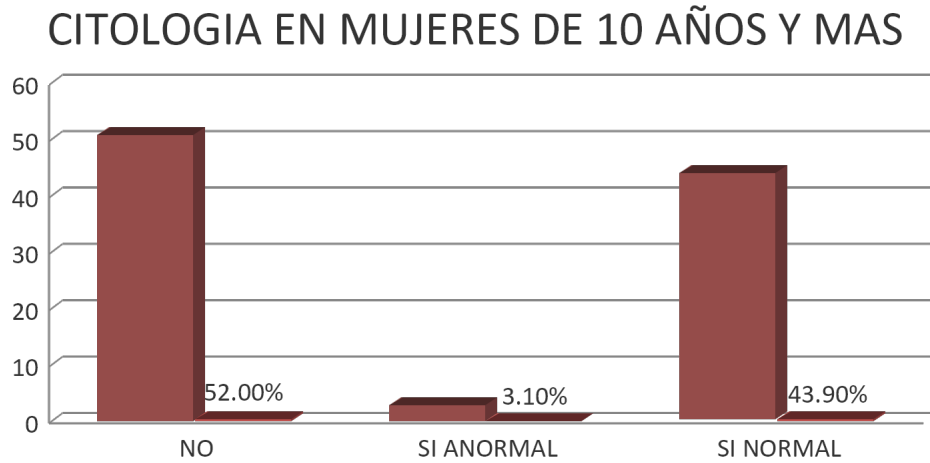
6.1.9 Mujeres de 10 años y más.

Tabla 45: Citología en mujeres de 10 años y más.

Citología cervico vaginal	Frecuencia	Porcentaje
NO	51	52,00%
SI ANORMAL	3	3,10%
SI NORMAL	44	44,90%
TOTAL	98	100,00%

Fuente: Presente investigación

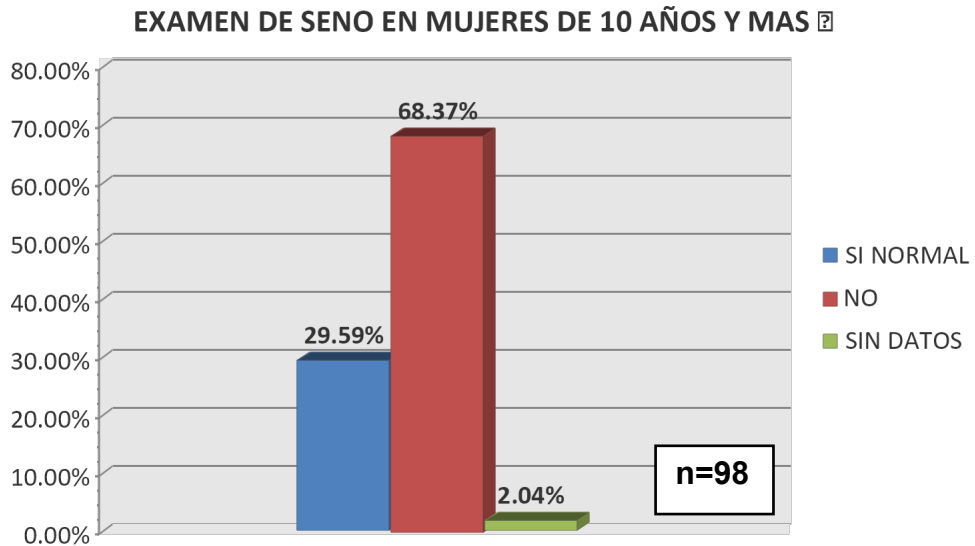
Gráfico 33: Citología en mujeres de 10 años y más.



Fuente: Presente investigación

En el 52% (51 mujeres de 10 años y más) NO se han realizado la citología vaginal y en el 44,90% (44 personas) se han realizado la citología con resultado normal.

Gráfico 34: Examen de Seno.



Fuente: Presente investigación

Tabla 46: Examen de Seno.

Examen físico de seno	Frecuencia	Porcentaje
SI NORMAL	29	29,59%
NO	67	68,37%
SIN DATOS	2	2,04%
TOTAL	98	100,00%

Fuente: Presente investigación

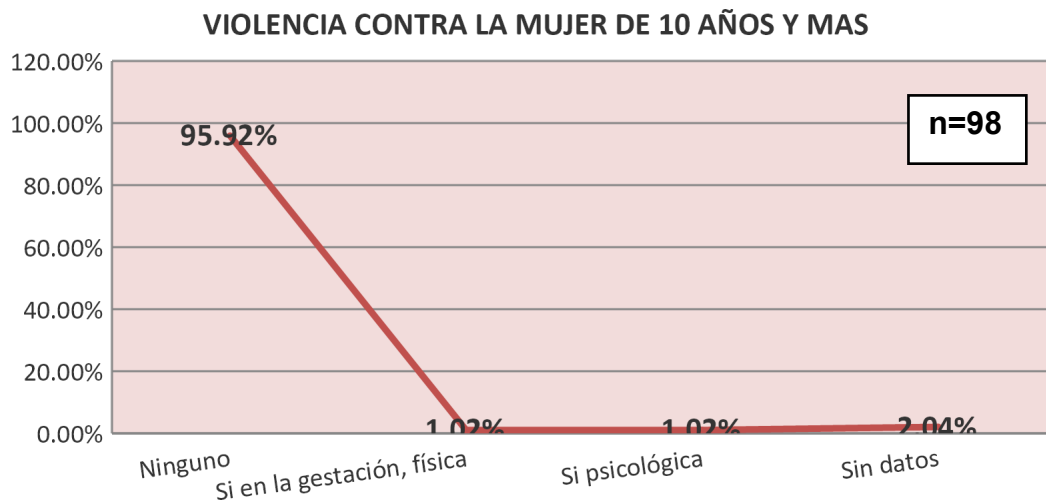
De un total de 98 mujeres de 10 años y más un 68.37% no se realiza el auto examen de seno.

Tabla 47: Violencia contra la mujer de 10 años y más.

Violencia contra la mujer	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	94	95,92%
Si en la gestación, física	1	1,02%
Si psicológica	1	1,02%
Sin datos	2	2,04%
TOTAL	98	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 38. Violencia contra la mujer de 10 años y más.



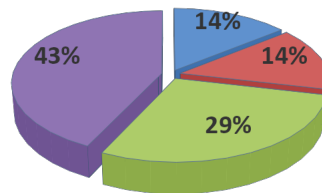
Fuente: Presente investigación

Se determina que el 95,92% es decir, 94 mujeres de 10 años y más NO presentan ningún tipo de violencia contra la mujer y un 1,02% es decir, 1 mujer han presentado violencia en la gestación y física al igual que violencia psicológica respectivamente de un total de un total de 98 mujeres pertenecientes a este grupo de edad en estudio.

6.1.10 Gestación, parto y post- parto.

6.1.10.1 Gestación.

Gráfico 35: Control prenatal.



n = 7

Fuente: Presente investigación

Tabla 48: Control prenatal.

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	14,29%
Medico	1	14,29%
Enfermera	2	28,57%
Auxiliar enfermería	3	42,86%
TOTAL	7	100,00%

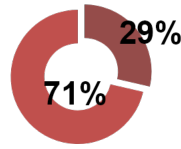
Fuente: Presente investigación

En el área rural la mayoría de las gestantes hacen el control prenatal con la auxiliar de enfermería en un 42,86% es decir, 3 mujeres, seguido del médico con un 14,29% es decir, 1 mujer y el 14,29% es decir, 1 mujer NO se realizó ningún control prenatal de un total de 7 gestantes.

Gráfico 36: Riesgo materno.

RIESGO MATERNO

■ ALTO ■ BAJO



n= 7

Fuente: Presente investigación

Tabla 49: Riesgo materno.

Riesgo materno	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	2	28,60%
BAJO	5	71,40%
TOTAL	7	100,00%

Fuente: Presente investigación

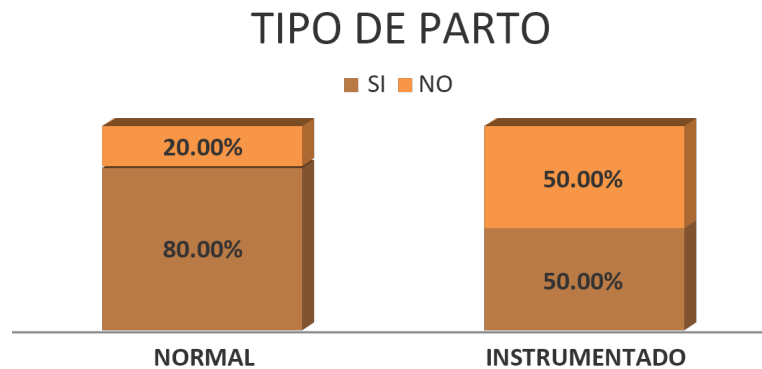
En las gestantes el 71,4% es decir, 5 embarazadas tuvieron un riesgo materno bajo y el 28,65 es decir, 2 gestantes su riesgo fue alto de un total de 7 gestantes.

Tabla 50: Tipo de parto.

Tipo de Parto	Normal		Instrumentado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	1	20,00%	1	50,00%
SI	4	80,00%	1	50,00%
TOTAL	5	100,00%	2	100,00%

Fuente: Presente investigación
6.1.10.2 Parto.

Gráfico 37: Tipo de parto.



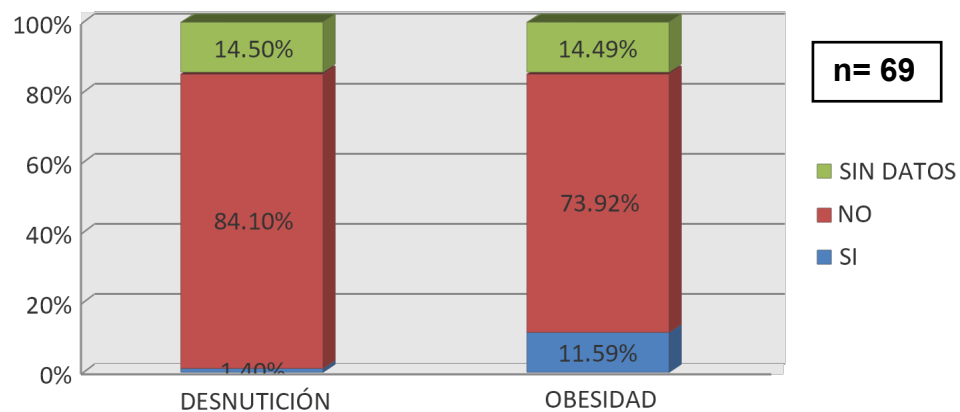
Fuente: Presente investigación

El 80% es decir, 4 gestantes tuvieron un parto normal atendido en las instituciones hospitalarias de un total de 7 gestantes.

6.1.11 Hombres y mujeres de 25 años a 44 años.

Gráfico 38: Alteraciones de la nutrición en hombres y mujeres de 25 años a 44 años.

ALTERACIONES DE LA NUTRICIÓN DE HOMBRES Y MUJERES DE 25 A 44 AÑO



Fuente: Presente investigación

Tabla 51: Alteraciones de la nutrición en hombres y mujeres de 25 años a 44 años.

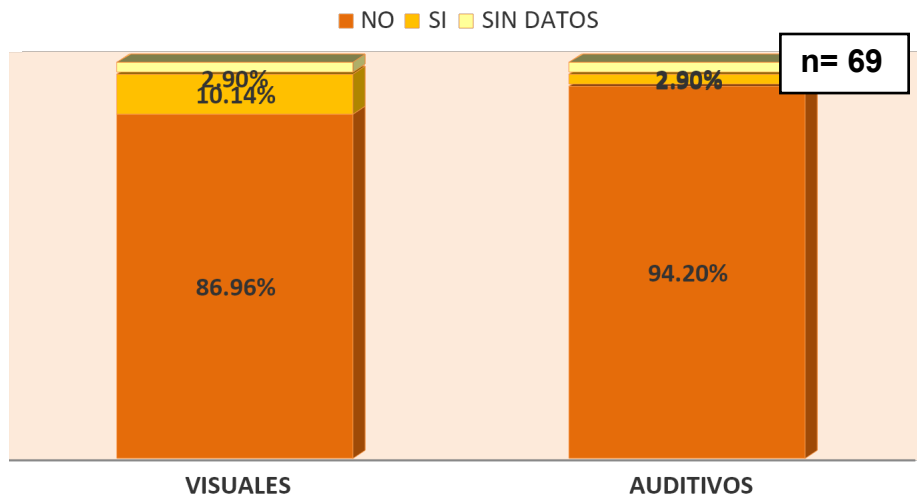
Alteraciones de la nutrición	Desnutrición		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	58	84,10%	51	73,91%
SI	1	1,40%	8	11,59%
SIN DATOS	10	14,50%	10	14,49%
TOTAL	69	100,00%	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

En hombres y mujeres de 25 a 44 años el 84,1% (58 personas) NO presentan desnutrición y el 73,91% (51 personas) NO presentan obesidad de un total de 69 personas pertenecientes a este grupo de edad.

Gráfico 39: Problemas detectados en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

PROBLEMAS DETECTADOS EN HOMBRES Y MUJERES DE 25 A 44 AÑOS



Fuente: Presente investigación

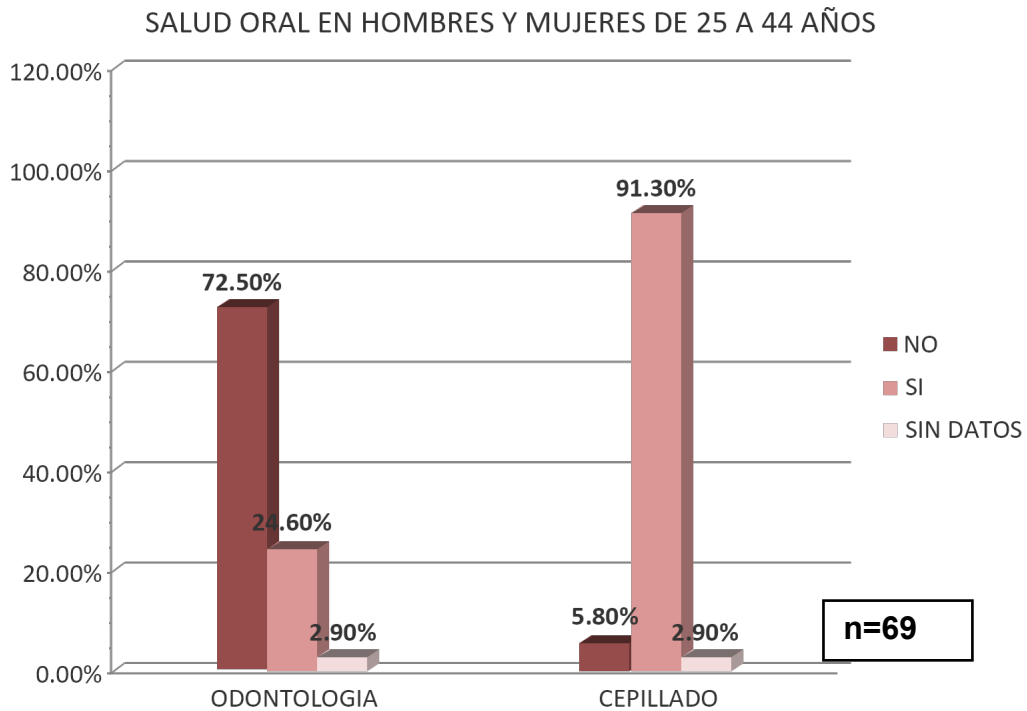
Tabla 52: Problemas detectados en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Problemas Detectados	Visuales		Auditivos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	60	86,96%	65	94,20%
SI	7	10,14%	2	2,90%
SIN DATOS	2	2,90%	2	2,90%
TOTAL	69	100,00%	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

El 10,14% es decir, 7 hombres y mujeres de 25 a 44 años SI presentan problemas visuales y el 2,9% SI presentan problemas auditivos de un total de 69 personas en estudio.

Gráfico 40: Salud oral en hombres y mujeres de 25 a 44 años.



Fuente: Presente investigación

Tabla 53: Salud oral en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

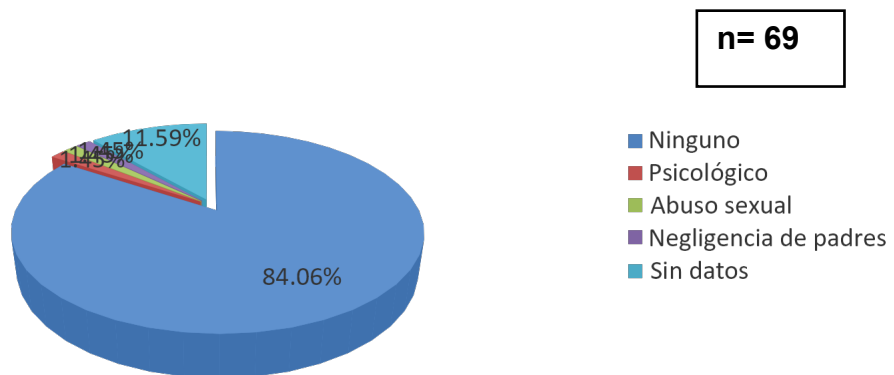
Salud Oral	Odontología		Cepillado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	50	72,50%	4	5,80%
SI	17	24,60%	63	91,30%
SIN DATOS	2	2,90%	2	2,90%
TOTAL	69	100,00%	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

El gráfico y tabla da a conocer que el 72,5% (50 hombres y mujeres de 25 a 44 años) NO han asistido a la odontología en los últimos 6 meses y el 91,3% (63 personas) SI se cepillan los dientes tres veces en el día de un total de 69 personas pertenecientes a este grupo de edad.

Gráfico 41: Tipo de maltrato en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

DE MALTRATO EN HOMBRES Y MUJERES DE 25 A 44 A



Fuente: Presente investigación

Tabla 54: Tipo de maltrato en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Tipo de maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	58	84,06%
Psicológico	1	1,45%
Abuso sexual	1	1,45%
Negligencia de padres	1	1,45%
Sin datos	8	11,59%
TOTAL	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

Lo anterior da a conocer que en el 84,06% (58 hombres y mujeres de 25 a 44 años) NO han presentado ningún tipo de maltrato y en el 1,45% es decir 1 hombre o mujer de 25 a 44 años han sido víctimas de violencia psicológica, sexual y por negligencia respectivamente de un total de 69 personas pertenecientes a este grupo de edad.

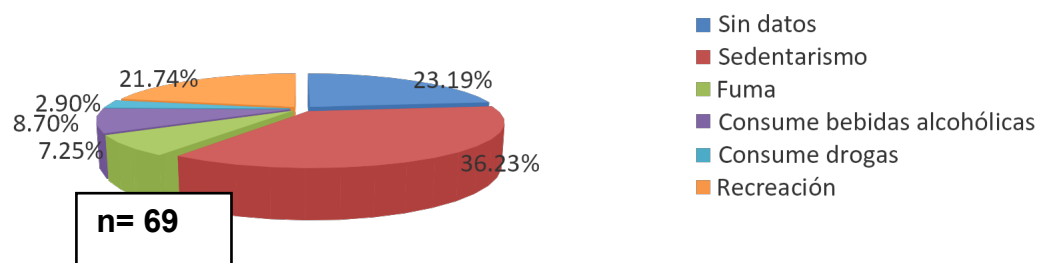
Tabla 55: Estilos de vida en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

Estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Sin datos	16	23,19%
Sedentarismo	25	36,23%
Fuma	5	7,25%
Consume bebidas alcohólicas	6	8,70%
Consume drogas	2	2,90%
Recreación	15	21,74%
TOTAL	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 42: Estilos de vida en hombres y mujeres de 25 a 44 años.

ESTILOS DE VIDA EN HOMBRES Y MUJERES DE 25 A 44 AÑOS



Fuente: Presente investigación

Los hombres y mujeres de 25 a 44 años de edad en un 36,23% (25 personas) tienen un estilo de vida sedentario, seguido de un 21,74% (15 personas) que incluyen la recreación como estilo de vida y en un mínimo porcentaje 2,90% consume drogas.

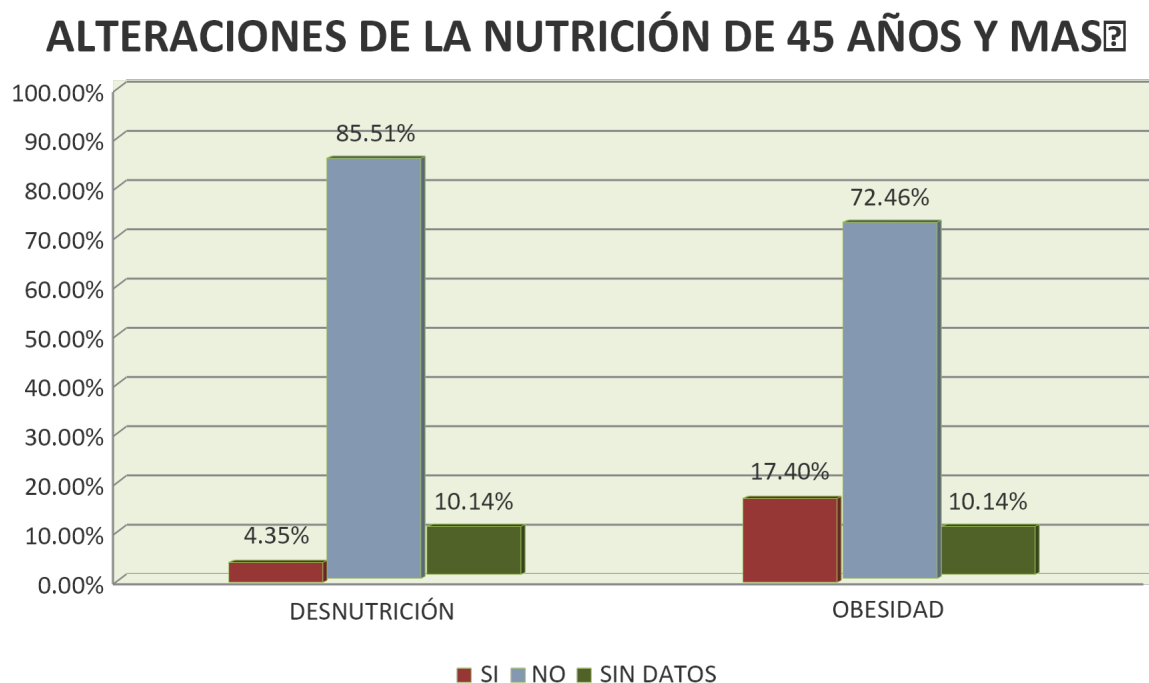
6.1.12 Adulto mayor de 45 años y más.

Tabla 56: Alteraciones de la nutrición de 45 años y más.

	Desnutrición		Obesidad	
	Frecuen	Porcent	Frecuen	Porcent
NO	59	85,51%	50	72,46%
SI	3	4,35%	12	17,39%
SIN DATOS	7	10,14%	7	10,14%
TOTAL	69	100,00%	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 43. Alteraciones de la nutrición de 45 años y más.



Fuente: Presente investigación

En el 85,51% es decir, 59 personas mayores de 45 años y más **NO** presentan desnutrición y el 72,46% (50 mayores de 45 años y más) **NO** presentan obesidad de un total de 69 personas pertenecientes a este grupo de edad.

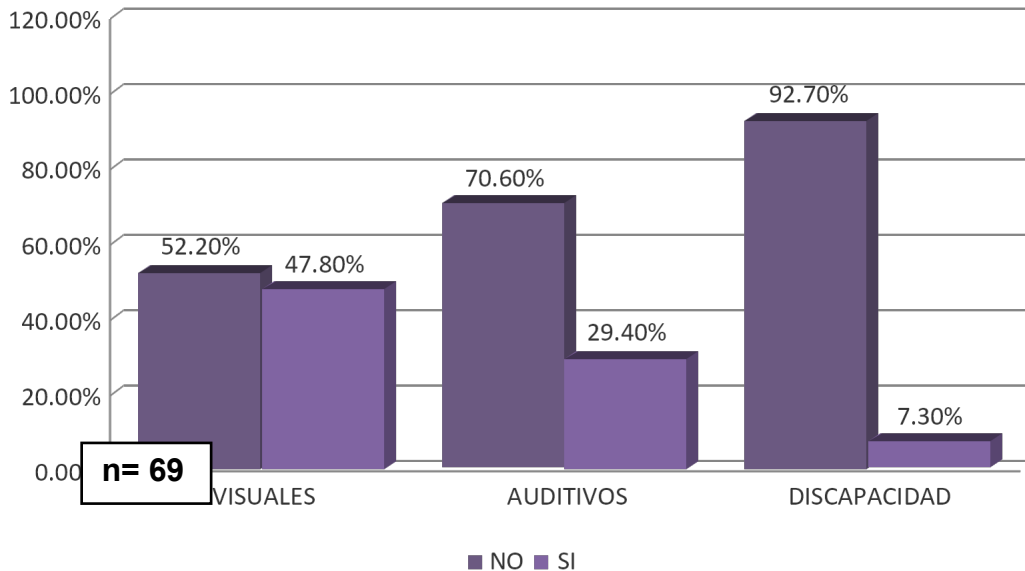
Tabla 57: Problemas detectados en mayores de 45 años y más.

Problemas detectados	VISUALES		AUDITIVOS		DISCAPACIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NO	36	52,20%	49	70,60%	64	92,70%
SI	33	47,80%	20	29,40%	5	7,30%
TOTAL	69	100,00%	69	100,00%	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 44: Problemas detectados en mayores de 45 años y más.

PROBLEMAS DETECTADOS EN MAYORES DE 45 AÑOS Y MÁS



Fuente: Presente investigación

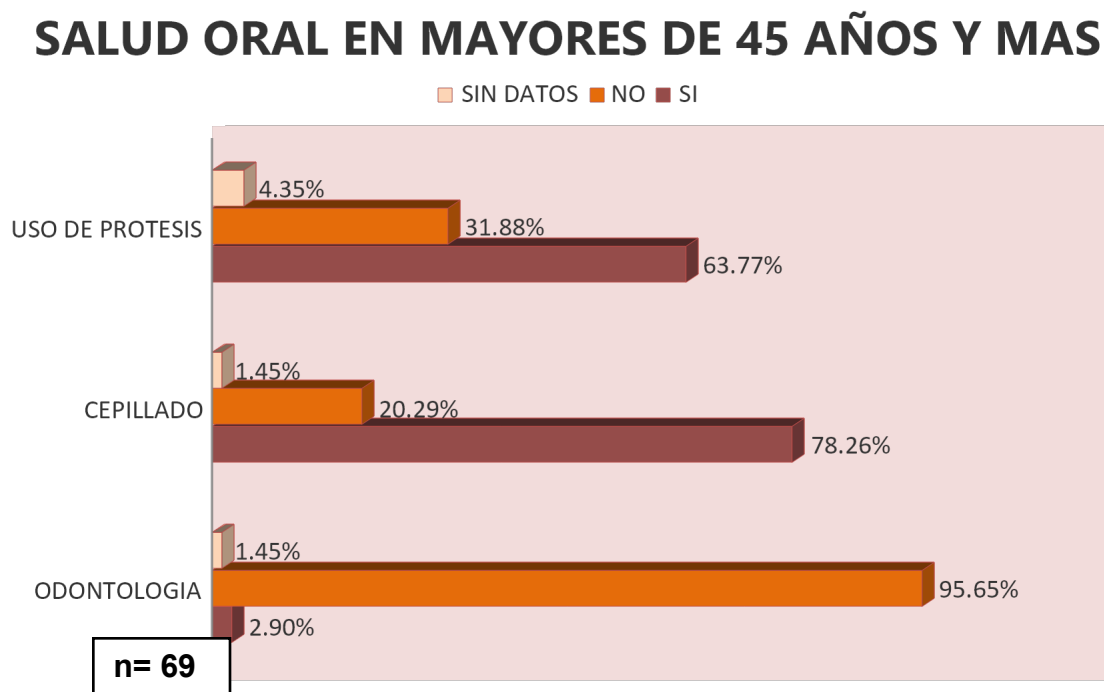
En los adultos mayores de 45 años y más, el 52,20% (49 personas) NO presentan problemas visuales, el 70,60% (49 adultos mayores de 45 años y más) NO presentan problemas auditivos y el 7,30% es decir, 5 adultos mayores de 45 años y más presentan discapacidad.

Tabla 58: Salud oral en mayores de 45 años y más.

Salud Oral	Odontología		Cepillado		Uso de prótesis	
	Frec	Porcent	Frec	Porcent	Frec	Porcent
NO	66	95,65%	14	20,29%	22	31,88%
SI	2	2,90%	54	78,26%	44	63,77%
SIN DATOS	1	1,45%	1	1,45%	3	4,35%
TOTAL	69	100%	69	100%	69	100%

Fuente: Presente investigación

Gráfico 45: Salud oral en mayores de 45 años y más.



Fuente: Presente investigación

En el gráfico y tabla se determina que el 95,65% es decir, 66 adultos mayores de 45 años y más NO han asistido a la odontología en los últimos 6 meses; el 78,26% (54 adultos mayores de 45 años y más) SI se cepillan los dientes tres veces en el día y un 63,77% (44 adultos mayores de 45 años y mas) usan prótesis dental de un total de 69 personas.

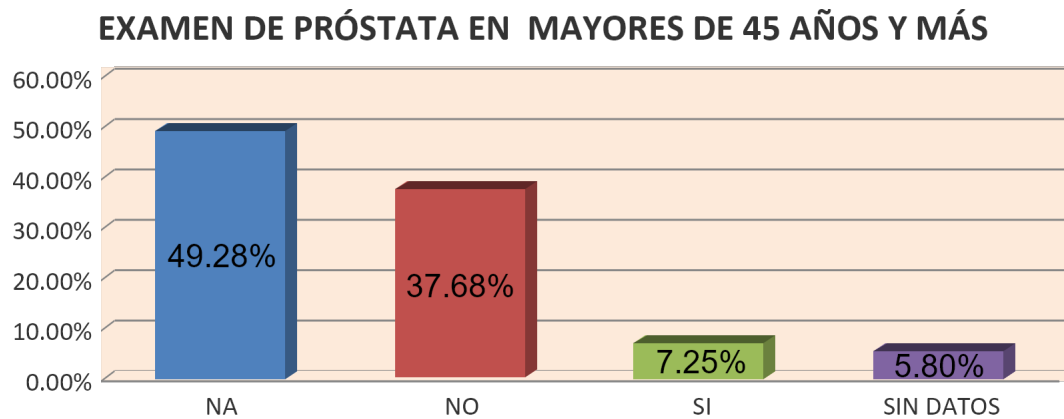
Tabla 59: Examen de próstata en mayores de 45 años y más.

Examen de próstata	Frecuencia	Porcentaje
NA	34	49,28%
NO	26	37,68%
SI	5	7,25%
SIN DATOS	4	5,80%

Total	69	100,00%
-------	----	---------

Fuente: Presente investigación

Gráfico 46: Examen de próstata en mayores de 45 años y más.

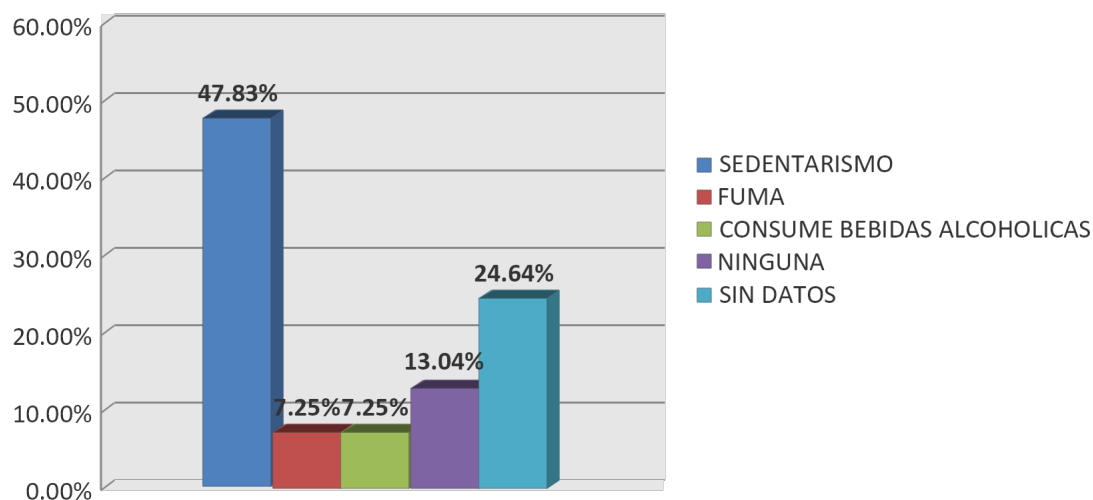


Fuente: Presente investigación

En el 37,68% es decir, 26 hombres adultos mayores de 45 años y más se han realizado el examen de próstata de un total de 69 personas pertenecientes a este grupo de edad.

Gráfico 47: Estilo de vida en mayores de 45 años y más.

ESTILO DE VIDA EN MAYORES DE 45 AÑOS Y MAS



Fuente: Presente investigación

Tabla 60: Estilo de vida en mayores de 45 años y mas.

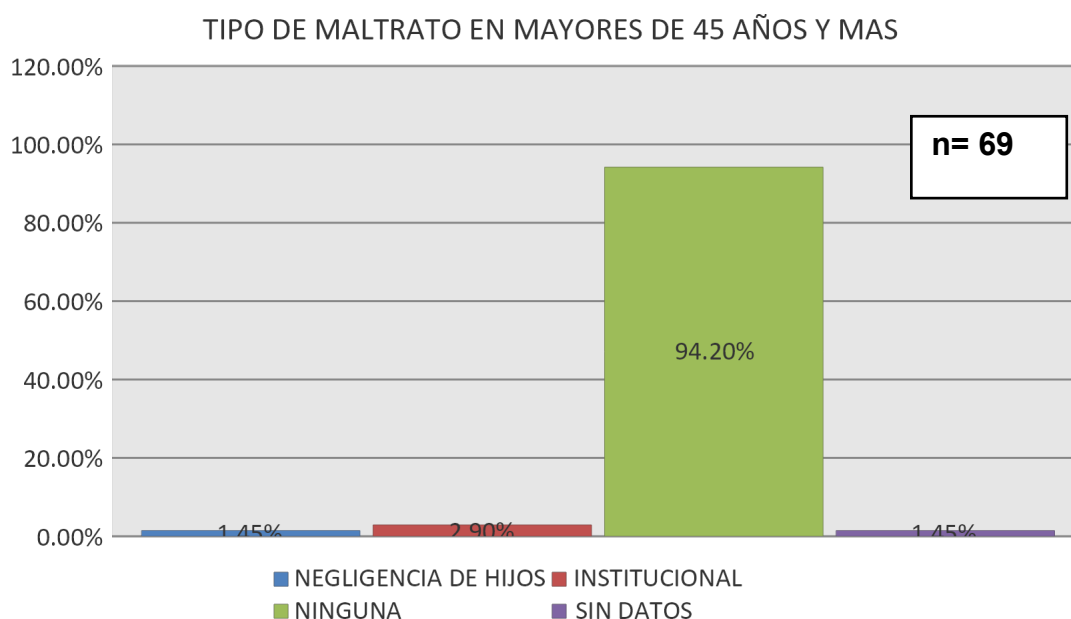
Estilo de vida	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sedentarismo	33	47,83%
Fuma	5	7,25%
Consume bebidas alcohólicas	5	7,25%
Ninguna	9	13,04%
Sin datos	17	24,64%
TOTAL	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

n= 69

En el grupo de 69 personas mayores de 45 años encontramos entre sus hábitos de vida: un 47.83% no realiza actividad física reportando sedentarismo; seguido de un 24.64% de la población quienes no presentan datos, 13.04% no tiene ninguna actividad como hábito mientras el 7.25% refiere consumo de alcohol al igual porcentaje que fumar.

Gráfico 48: Tipo de maltrato en mayores de 45 años y más.



Fuente: Presente investigación

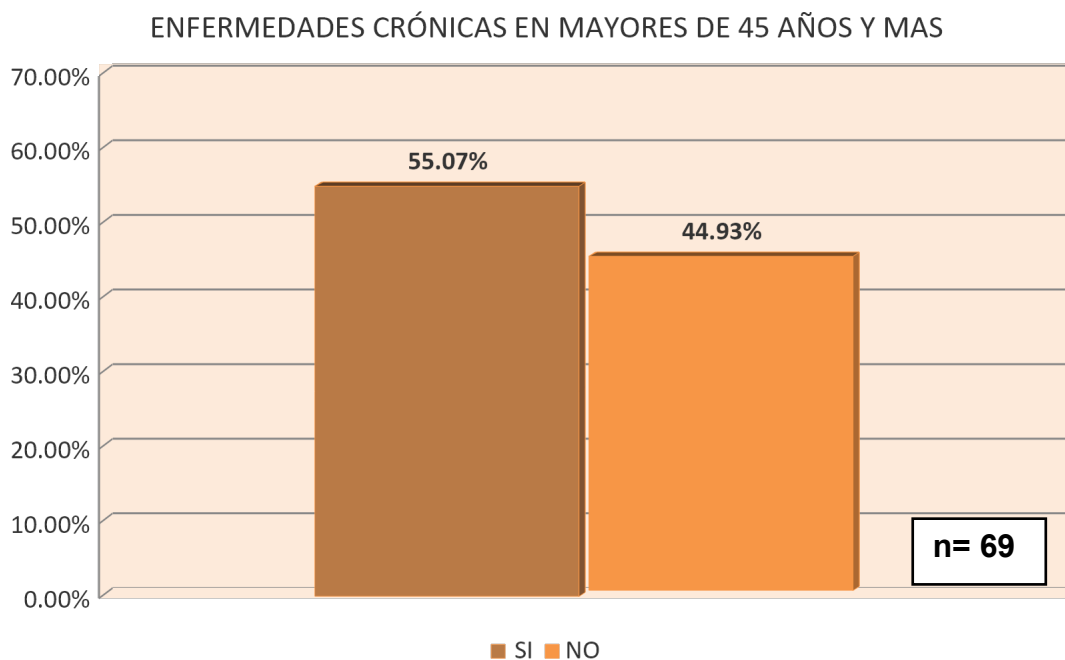
Tabla 61: Tipo de maltrato en mayores de 45 años y más.

Tipo de maltrato	frecuencia	porcentaje
Negligencia de hijos	1	1,45%
Institucional	2	2,90%
Ninguna	65	94,20%
Sin datos	1	1,45%
TOTAL	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

De un total de 69 personas mayores de 45 años un 94.20% no refiere ningún tipo de maltrato, seguido de un 2.90% que refiere maltrato institucional, 1.45% negligencia de hijos, 1.45% no presenta datos.

Gráfico 49: Enfermedades crónicas en mayores de 45 años y más.



Fuente: Presente investigación

Tabla 62: Enfermedades crónicas en mayores de 45 años y mas.

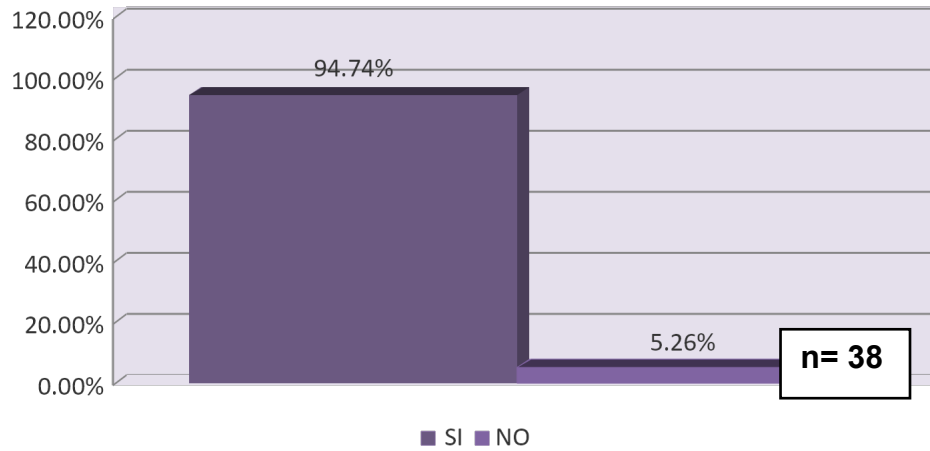
Enfermedades Crónicas	frecuencia	porcentaje
SI	38	55,07%
NO	31	44,93%
TOTAL	69	100,00%

Fuente: Presente investigación

De un total de 69 personas mayores de 45 años, un 55.07% correspondiente a 38 personas presenta alguna enfermedad crónica como hipertensión arterial, diabetes, artritis, obesidad, algún tipo de cáncer.

Gráfico 50: Tratamiento de la enfermedad en mayores de 45 años y más.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN MAYORES DE 45 AÑOS Y MAS



Fuente: Presente investigación

Tabla 63: Tratamiento de la enfermedad en mayores de 45 años y más.

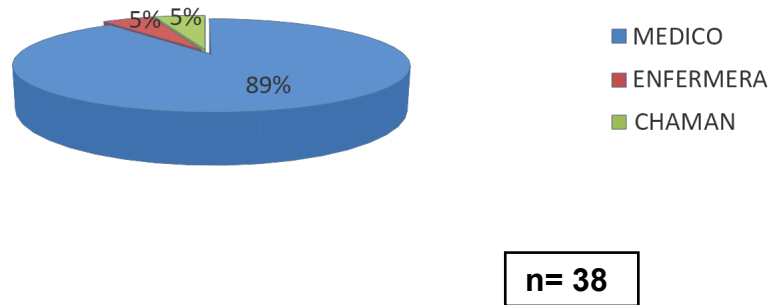
Tratamiento de la enfermedad	frecuencia	porcentaje
SI	36	94,74%
NO	2	5,26%
TOTAL	38	100,00%

Fuente: Presente investigación

De 38 personas mayores de 45 años quienes presentan alguna enfermedad crónica, el 94.4% recibe tratamiento para la enfermedad que cursa.

Gráfico 51: Quien trata la enfermedad en los mayores de 45 años y más.

¿ATA LA ENFERMEDAD EN MAYORES DE 45 AÑOS?



Fuente: Presente investigación

Tabla 64: Quien trata la enfermedad en los mayores de 45 años y más.

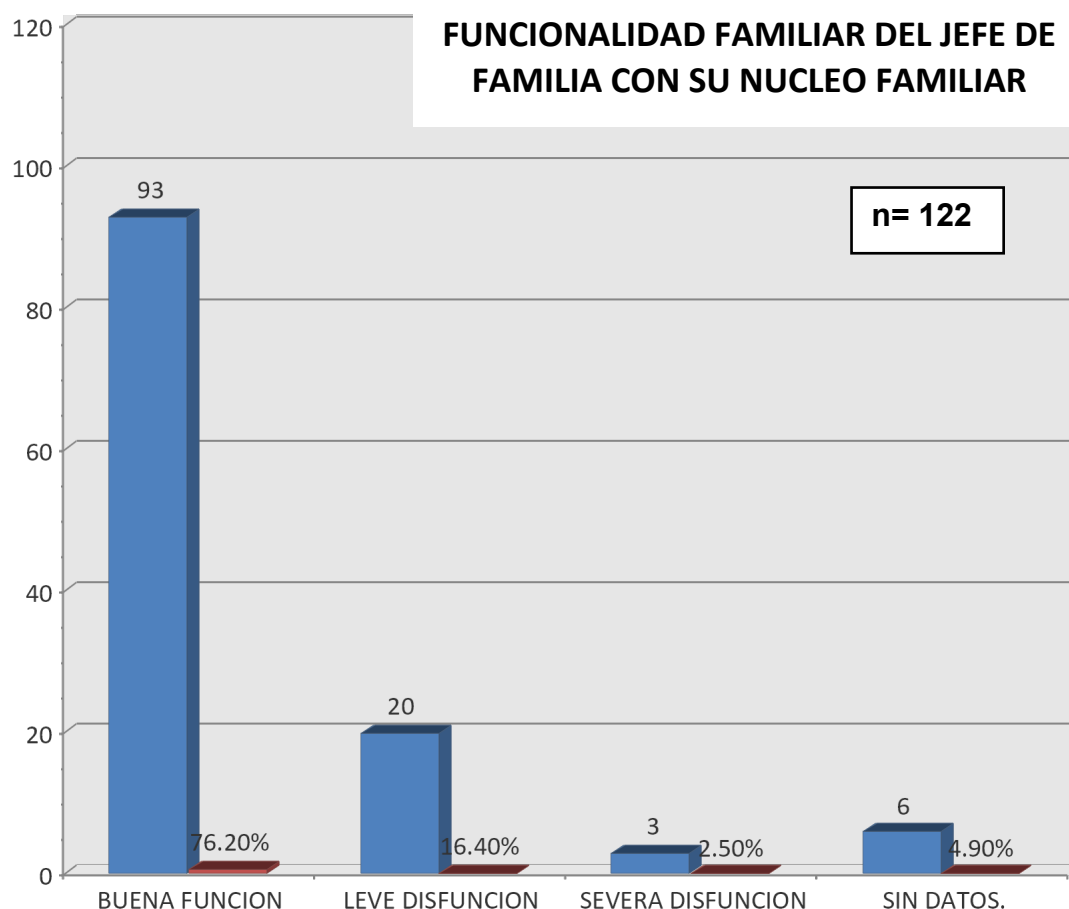
Quien trata la enfermedad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico	34	89,47%
Enfermera	2	5,26%
Chaman	2	5,26%
TOTAL	38	100,00%

Fuente: Presente investigación

La persona que trata la enfermedad en adultos mayores de 45 años y más es un 89.47% (34 personas) el médico seguido de un 5.26% (2 personas) por parte de enfermería o chaman.

6.1.13 Apgarfamiliar.

Gráfico 52: Funcionalidad familiar del jefe de familia con su núcleo familiar.

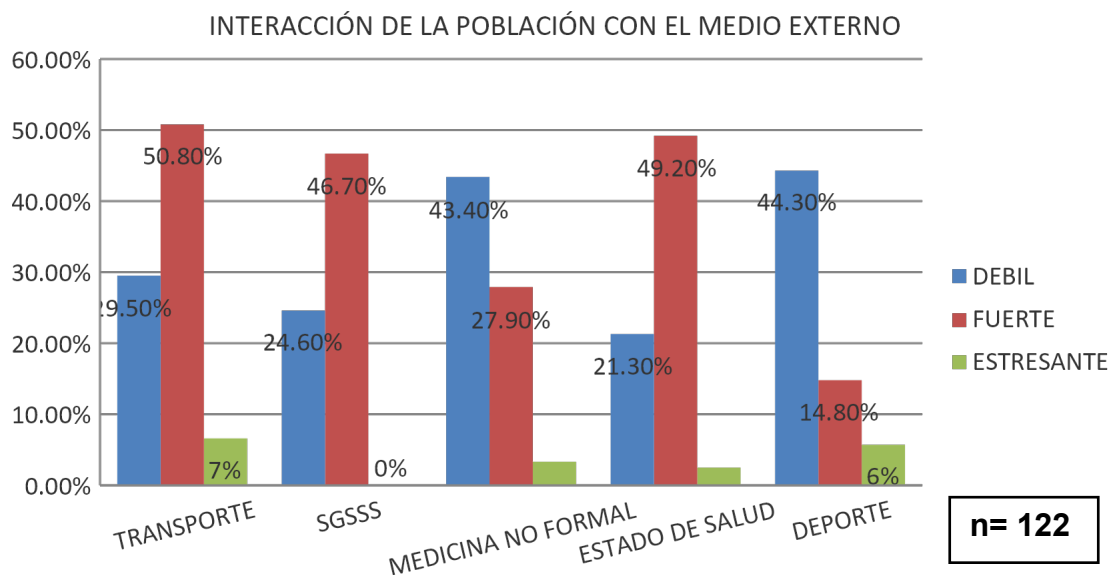


Fuente: Presente investigación

En la presente grafica se puede ver la funcionalidad que tiene el jefe de familia con su núcleo familiar en las comunidades de Cabrera, Jongovito y San Fernando. El 76,2% que representa a 93 familias, tienen una buena funcionalidad, el 16,40% es decir, 20 familias presentan una leve disfuncionalidad y el 2,50% es decir, 3 familias tienen una severa disfunción.

6.1.14 Ecomapa.

Gráfico 53: Interacción de la población con el medio externo.



Fuente: Presente investigación

Tabla 65: Interacción de la población con el medio externo.

INTERACCIÓN	TRANSPORTE		SGSSS		MEDICINA NO FORMAL		ESTADO DE SALUD		DEPORTE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
DEBIL	36	29,50 %	30	24,60 %	53	43,40 %	26	21,30 %	54	44,30 %
FUERTE	62	50,80 %	57	46,70 %	34	27,90 %	60	49,20 %	18	14,80 %
ESTRESANTE	8	6,60 %	0	0,00 %	4	3,30 %	3	2,50 %	7	5,70 %
SIN DATOS	16	13,10 %	35	29,00 %	31	25,40 %	33	27,00 %	43	35,20 %
TOTAL	122	100%	122	100 %	122	100 %	122	100 %	122	100 %

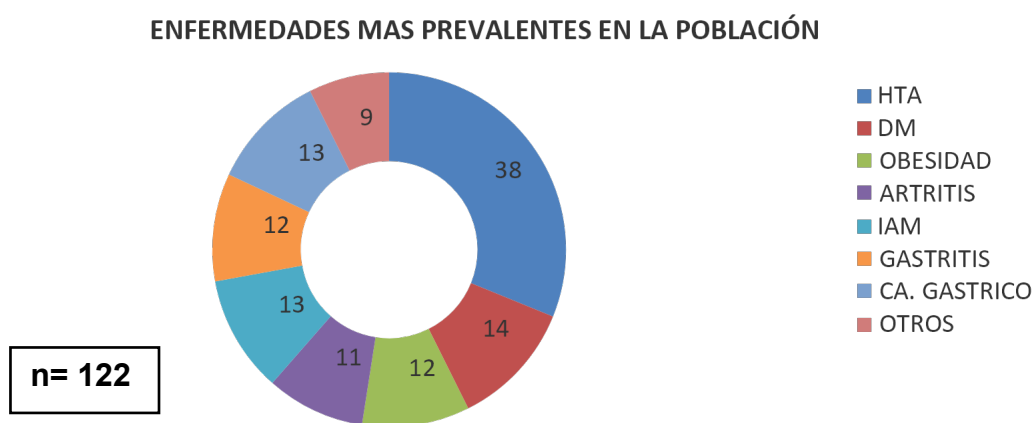
Fuente: Presente investigación

La gráfica y tabla explican la interacción del núcleo familiar con el medio que los rodea en las comunidades de Cabrera, Jongovito y San Fernando. El 50.8% es decir, 62 familias tiene una interacción fuerte con el transporte público y de un 46.7% con SGSSS. El 44.3% es decir, 54 familias tienen una interacción débil con el deporte, seguida de un 43.4% de la medicina no formal.

Para el alcance del tercer objetivo que fue la clasificación de las enfermedades más prevalentes en la comunidad estudiada se utilizó el familiogramacomomo instrumento de recolección de información.

6.1.15 Familiograma.

Gráfico 54: Enfermedades más prevalentes en la población.



Fuente: Presente investigación

Tabla 66: Enfermedades más prevalentes en la población.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial (HTA)	38	31%
Diabetes Mellitus (DM)	14	11%
Obesidad	12	10%
Artritis	11	9%
Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	13	11%
Gastritis	12	10%
Cáncer gástrico	13	11%
OTROS	9	7%
TOTAL	122	93%

Fuente: Presente investigación

Las enfermedades más prevalentes que se presentaron en las comunidades de Cabrera, Jongovito y San Fernando. El 34% es decir, 38 familias presentaron hipertensión arterial siendo la enfermedad más prevalente, seguida de diabetes mellitus con el 12% es decir, 14 familias y 7% es decir, 9

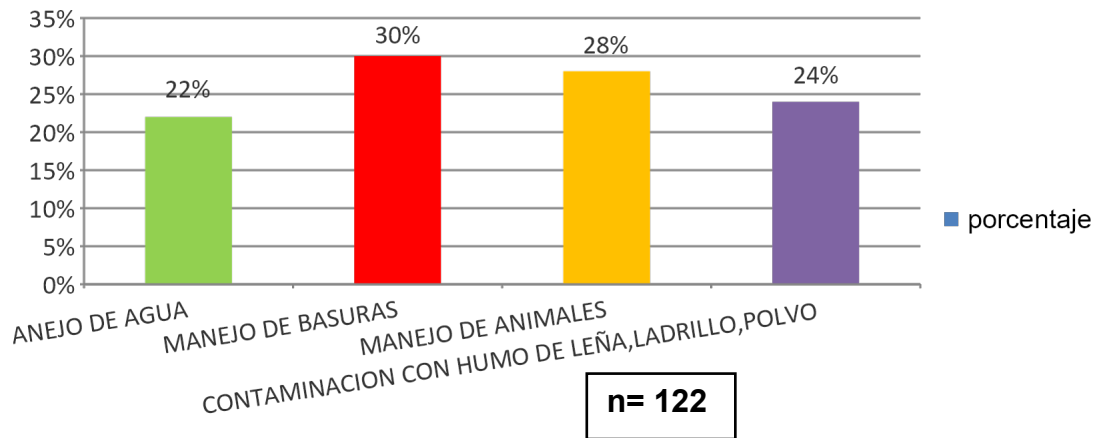
familias con accidente cerebro vascular, cáncer de mama y cáncer de próstata como las enfermedades menos prevalentes.

Para el logro del cuarto objetivo que fue determinar el plan de intervención y el grado de efectividad en Salud Familiar y Comunitario se lo realizó mediante el Plan de Intervención Familiar el cual contiene actividades como:

- Educación Ambiental
- Educación en enfermedades cardiovasculares
- Educación en enfermedades oncológicas
- Educación en Salud sexual y reproductiva
- Educación en salud oral
- Educación en estilos de vida saludable
- Prevención de la enfermedad diarreica aguda
- Prevención de la desnutrición
- Convivencia sana y prevención de la violencia intrafamiliar
- Clasificación de enfermedades cardiovasculares y oncológicas
- Realización del examen físico

Gráfico 55: Actividad educativa ambiental.

ACTIVIDAD EDUCATIVA AMBIENTAL



Fuente: Presente investigación

Tabla 67: Actividad educativa ambiental.

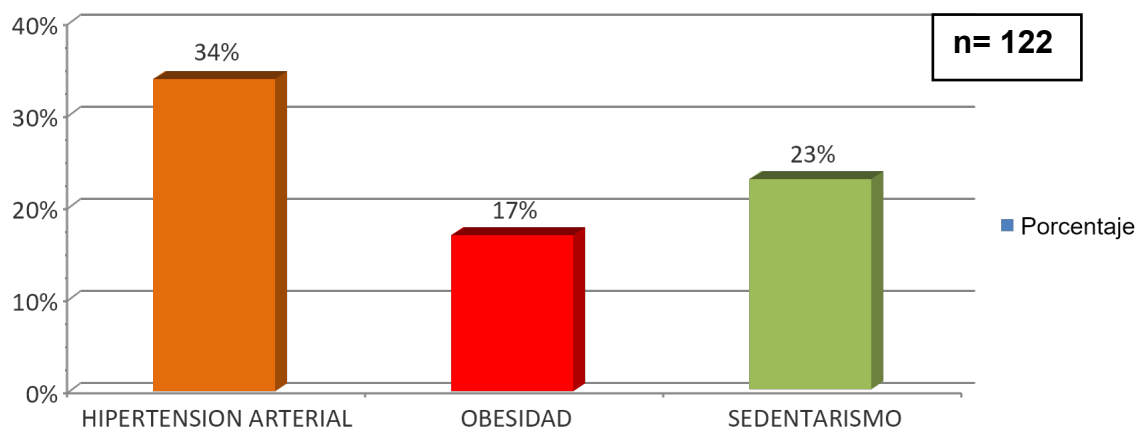
	Manejo del agua		Manejo basuras		Manejo de animales		Contaminación con humo de leña, ladrillo, polvo	
	Frec	porc	Frec	porc	Fre	porc	Frec	porc
SI	27	22%	36	30%	34	28%	29	24%
NO	95	78%	86	70%	88	72%	93	76%
TOTAL	122	100%	122	100%	122	100%	122	100%

Fuente: Presente investigación

Los datos anteriores muestran la frecuencia y el porcentaje de las actividades educativas encaminadas preservar un medio ambiente sano, en frecuencia de mayor a menor encontramos: disposición adecuada de basuras 30% correspondiente a 36 familias, manejo integral animales en el hogar 28%, 24% corresponde a contaminación con humo de leña, ladrillo y polvo, focalizado a la prevención de enfermedades por estos múltiples contaminantes, por último un 22% manejo del agua (tratamiento del agua de consumo).

Gráfico 56: Actividad educativa para las enfermedades cardiovasculares.

ACTIVIDAD EDUCATIVA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



Fuente: Presente investigación

Tabla 68: Actividad educativa de enfermedades cardiovasculares.

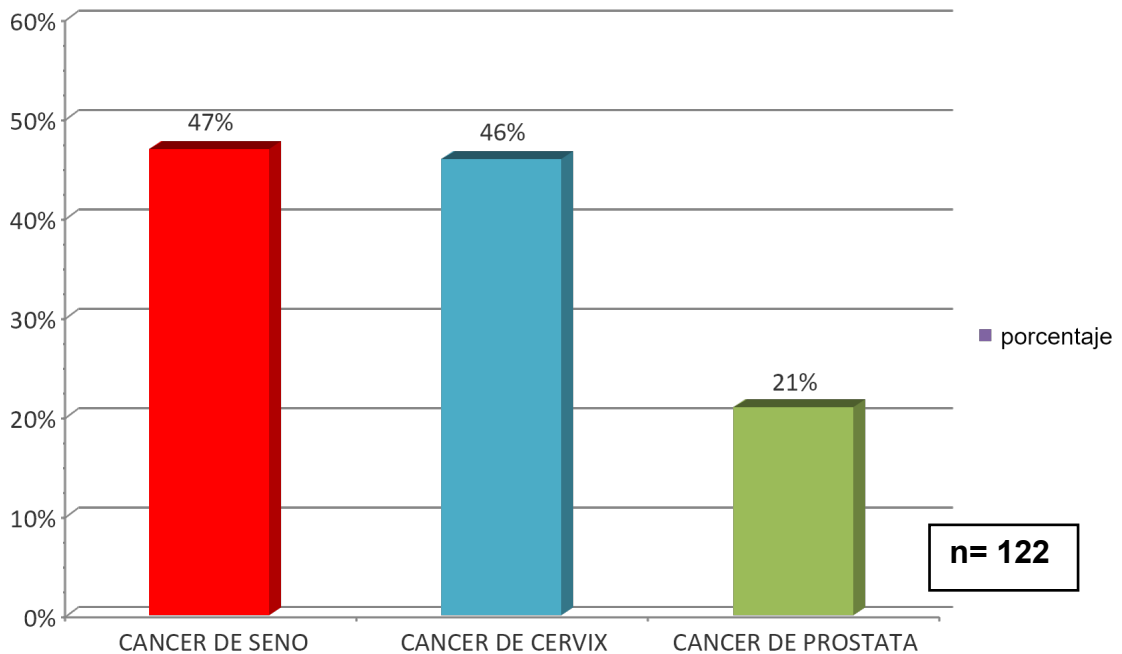
	Hipertensión arterial		Obesidad		Sedentarismo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	42	34%	21	17%	28	23%
NO	80	66%	101	83%	94	77%
TOTAL	122	100%	122	100%	122	100%

Fuente: Presente investigación

Se determinan las actividades de prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares, dirigidas especialmente a quienes tienen algún tipo de riesgo cardiovascular, con mayor frecuencia en un 34% (42 familias) hipertensión arterial, seguido de sedentarismo con un 23% y el 17% de obesidad.

Gráfico 57: Actividad educativa de enfermedades oncológicas.

ACTIVIDAD EDUCATIVA DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS



Fuente: Presente investigación

Tabla 69: Actividad educativa de enfermedades oncológicas.

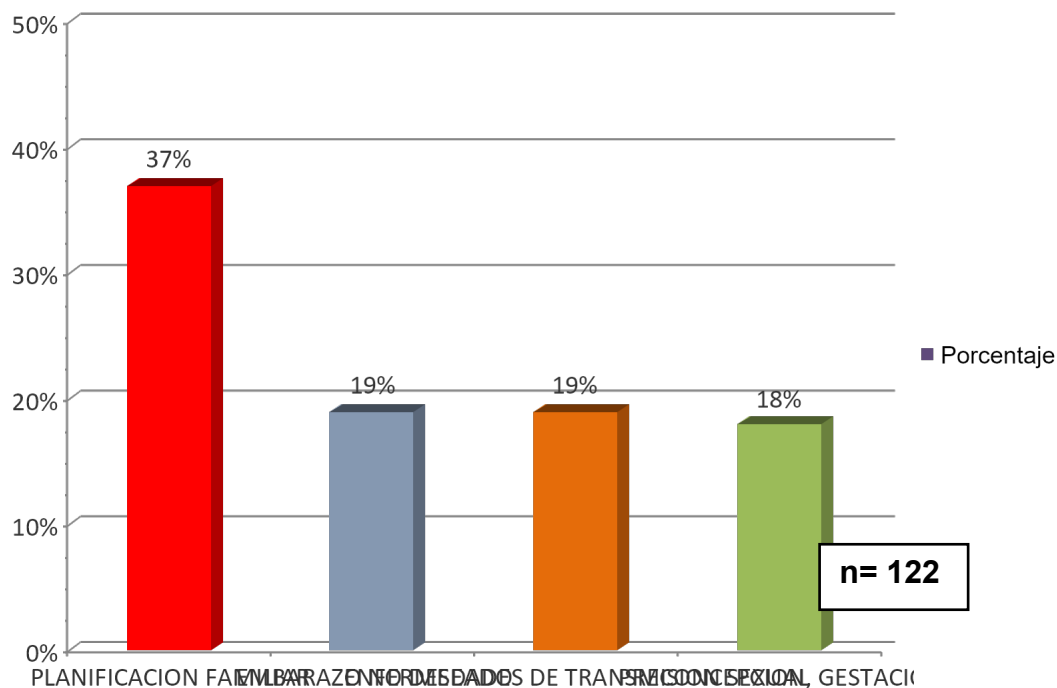
	Cáncer de seno		Cáncer de cérvix		Cáncer de próstata	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	57	47%	56	46%	26	21%
NO	65	53%	66	54%	96	79%
TOTAL	122	100%	122	100%	122	100%

Fuente: Presente investigación

En la educación para la prevención de enfermedades oncológicas se trabajó en un 47% Cáncer de Seno, seguido de Cáncer de Cérvix en un 46% y por último con un 21% Cáncer de Próstata.

Gráfico 58: Actividades educativas en salud sexual y reproductiva.

ACTIVIDAD EDUCATIVA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Presente investigación

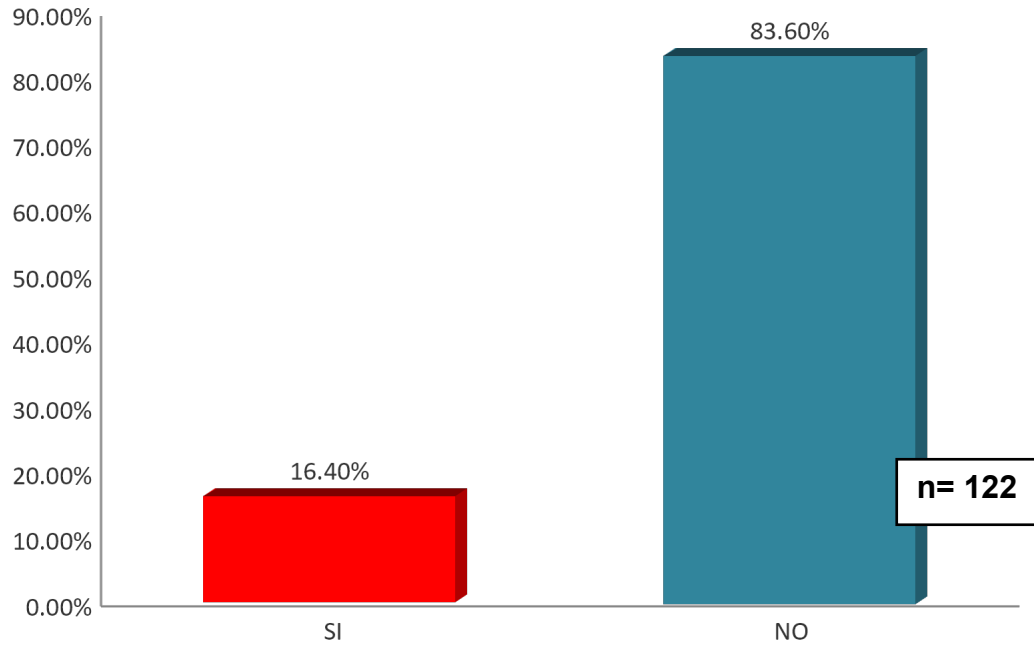
Tabla 70: Actividades educativas en salud sexual y reproductiva.

	Planificación familiar		Embarazo no deseado		Enfermedades de transmisión sexual		Preconcepción, gestación	
	Frec	porc	Frec	porc	Frec	porc	Frec	porc
SI	45	37%	23	19%	23	19%	22	18%
NO	77	63%	99	81%	99	81%	100	82%
TOTAL	122	100%	122	100%	122	100%	122	100%

Fuente: Presente investigación

En las actividades educativas de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva en orden de frecuencia se encuentran los métodos de planificación familiar con un porcentaje de 37% correspondiente a 45 familias, 19% para embarazo no deseado, 19% para enfermedades de transmisión sexual y 18% consejería pre concepcional y pautas para el desarrollo de una gestación normal.

Gráfico 59: Actividad educativa en salud oral.



Fuente: Presente investigación

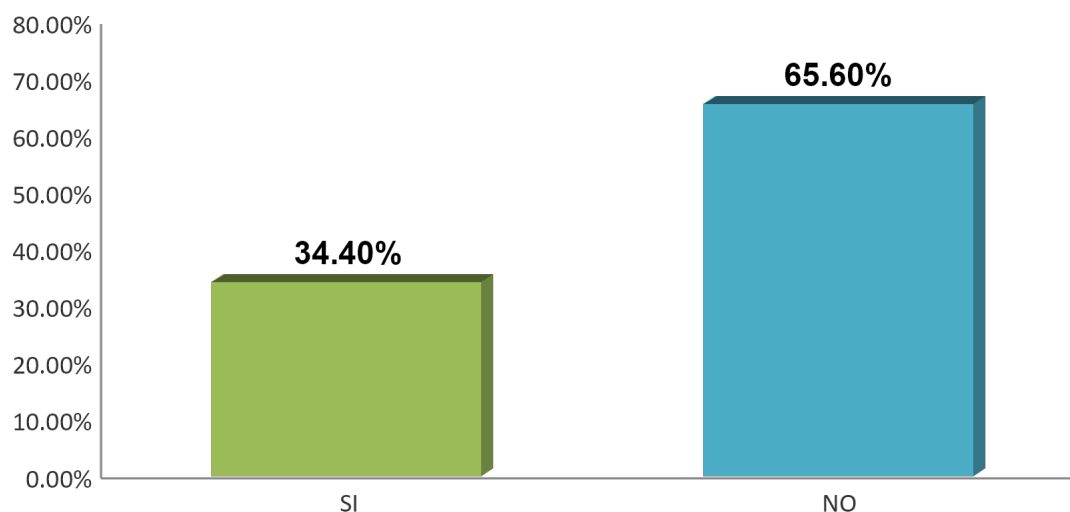
Tabla 71: Actividad educativa en salud oral.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	16,40%
NO	102	83,60%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

En las actividades educativas referentes a hábitos de higiene oral tales como: técnicas adecuadas de cepillado, enfermedades bucales, importancia de asistir a consulta odontológica, se observó que de 122 familias, el 83.60% no recibieron capacitación correspondiente a 102 familias mientras 16,40% recibieron capacitación.

Gráfico 60: Educación en estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).



Fuente: Presente investigación

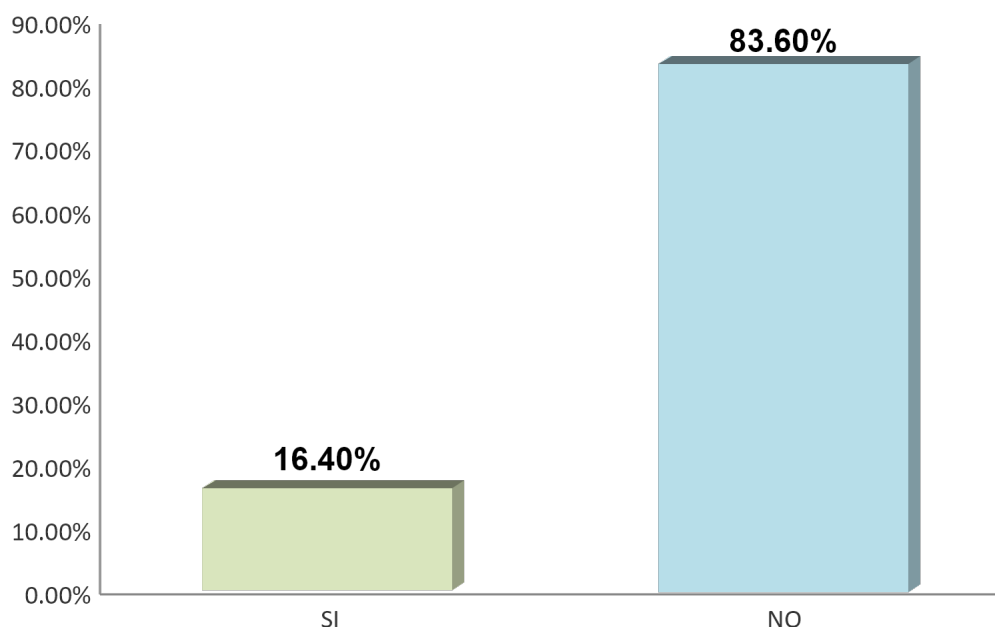
Tabla 72: Educación en estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).

	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	34,40%
NO	80	65,60%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

Dentro de las actividades educativas en estilos de vida saludables que incluye dieta balanceada y adecuada, realización de actividad física con la intensidad horaria y rutinas acordes a la población intervenida, educación dirigida a personas con malos hábitos de vida; se observó que de un total de 122 familias, el 65.60% (80 familias) no recibieron la intervención educativa frente a un 34.40% que si recibió capacitación.

Gráfico 61: Educación en el desarrollo de enfermedad diarreica aguda.



Fuente: Presente investigación

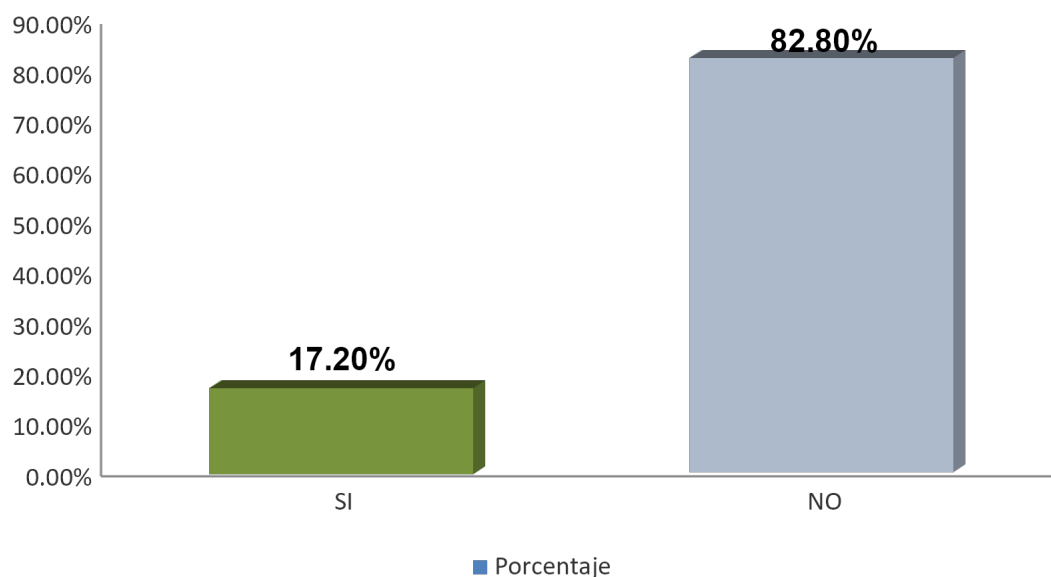
Tabla 73: Educación en el desarrollo de enfermedad diarreica aguda.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	16,40%
NO	102	83,60%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

En la actividad educativa de prevención de desarrollo de enfermedad diarreica aguda que recomienda practicas tales como el lavado de manos, uso de desparasitantes y adecuada conservación de alimentos; se observa que de un total de 122 familias un 83.60% (102 familias) no recibieron la intervención educativa frente a un 16.40% que si recibió capacitación.

Gráfico 62: Educación en la prevención de la desnutrición.



Fuente: Presente investigación

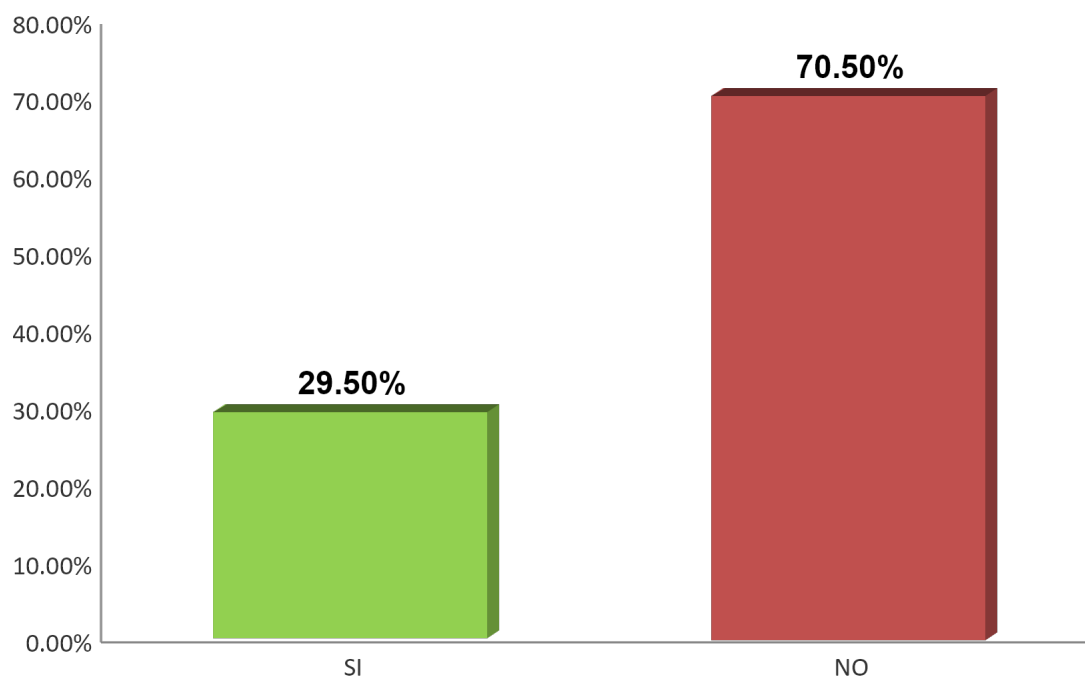
Tabla 74: Educación en la prevención de la desnutrición.

Fuente: Presente investigación

	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	17,20%
NO	101	82,80%
TOTAL	122	100,00%

El 82,80% correspondiente a 101 familias no recibió la intervención educativa en la prevención de la desnutrición y un 17,20% (21 familias) si recibió de un total de 122 familias intervenidas.

Gráfico 63: Convivencia sana y prevención de la violencia intrafamiliar.



Fuente: Presente investigación

Tabla 75: Convivencia sana y prevención de la violencia intrafamiliar.

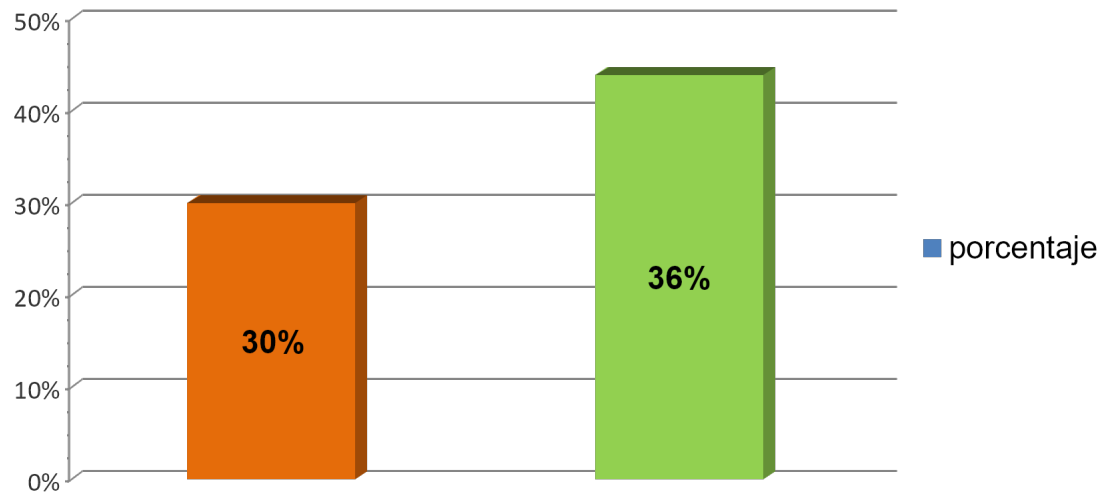
	Frecuencia	Porcentaje
SI	36	29,50%
NO	86	70,50%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

En la tabla y grafico se determina la frecuencia y porcentaje de la actividad educativa encaminada a mejorar las relaciones intrafamiliar, dando pautas de buen trato, formación de espacios de comunicación y búsqueda de soluciones a problemas a través del dialogo evitando la violencia intrafamiliar. Se observa que de un total de 122 familias el 70,50% no recibió capacitación en VI y un 29.50% recibieron la intervención educativa.

Gráfico 64. Clasificación de Riesgo de enfermedades oncológicas y cardiovasculares.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICO Y CARDIOVASCULAR



Fuente: Presente investigación

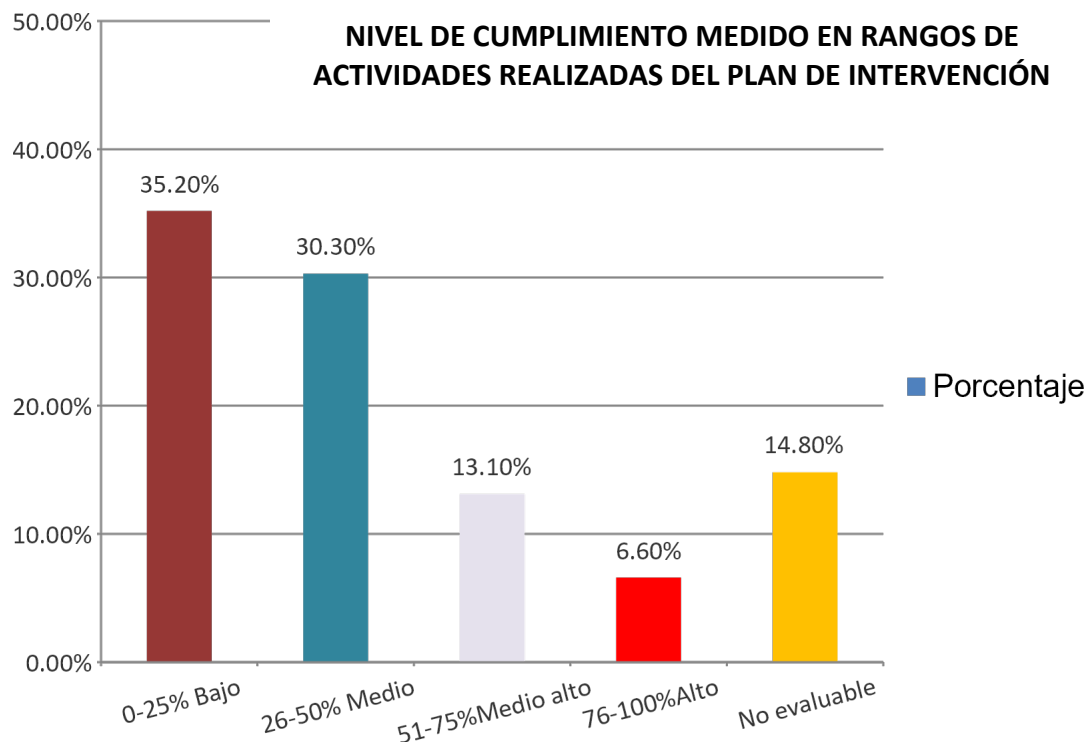
Tabla 76: Clasificación de Riesgo de enfermedades oncológicas y cardiovasculares.

	RIESGO ONCOLOGICO		RIESGO CARDIOVASCULAR	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	37	30%	44	36%
NO	85	70%	78	64%
TOTAL	122	100%	122	100%

Fuente: Presente investigación

Lo anterior es indicativo del número de familias en quienes se aplicó un instrumento que permite realizar detección temprana y seguimiento de enfermedades tanto cardiovasculares como oncológicas en el adulto mediante la detección de factores de riesgo aquí se observa que de un total de 122 familias intervenidas al 30% de ellas se realizó clasificación oncológica y 36% clasificación cardiovascular. (Ver Anexo D.)

Gráfico 65: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención en los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando.



Fuente: Presente investigación

Tabla 77: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención en los Corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando.

	Frecuencia	Porcentaje
0-25%BAJO	43	35,20%
26-50%MEDIO	37	30,30%
51-75%MEDIO ALTO	16	13,10%
76-100%ALTO	8	6,60%
No evaluable	18	14,80%
TOTAL	122	100,00%

Fuente: Presente investigación

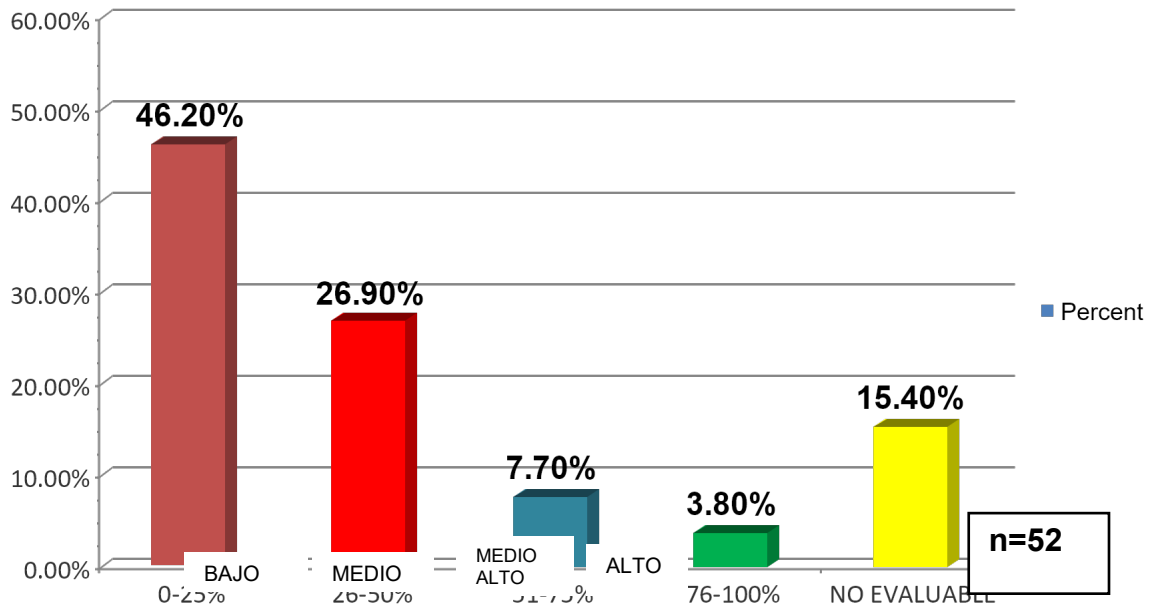
La variable nivel de cumplimiento medido en rango indica las actividades descritas en el plan que fueron realizadas en las familias de los corregimientos intervenidos en las prácticas de salud familiar y comunitaria, se observa un 35.20%, corresponde a un cumplimiento de actividades de 0-25%(bajo); 6.60%. Corresponde al cumplimiento alto 76-100% siendo el de menor frecuencia.

6.2 ANALISIS BIVARIADO

Para el análisis bivariado en la variable Plan de Intervención Familiar, se toman las actividades educativas más relevantes para la realización del respectivo análisis.

Gráfico 66: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Cabrera.

O EN RANGOS DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN V



Fuente: Presente investigación

Tabla 78: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Cabrera.

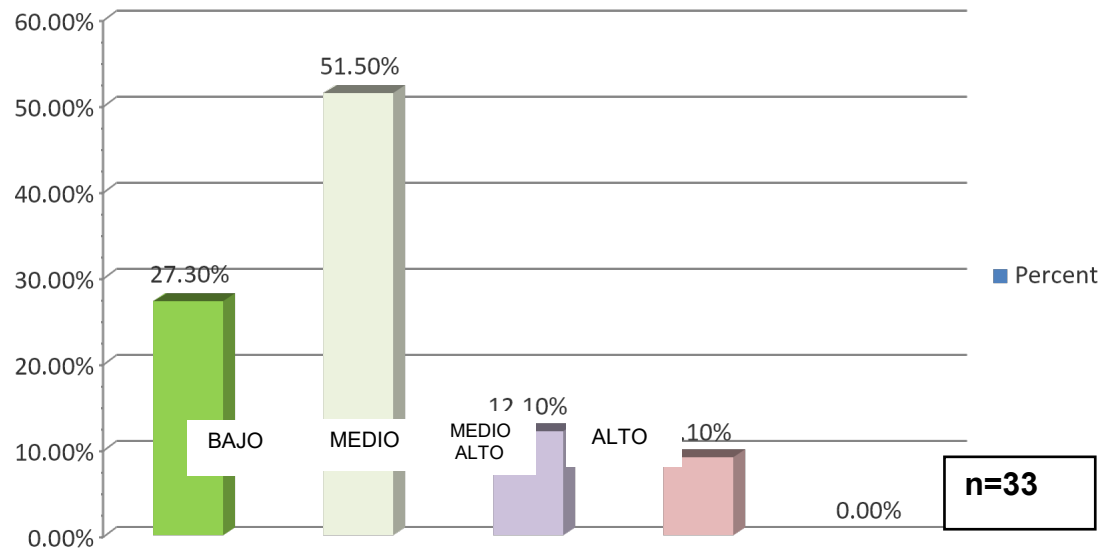
	Frecuencia	Porcentaje
0-25%BAJO	24	46,20%
26-50%MEDIO	14	26,90%
51-75%MEDIO ALTO	4	7,70%
76-100%ALTO	2	3,80%
NO EVALUABLE	8	15,40%
TOTAL	52	100,00%

Fuente: Presente investigación

Se indica el nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de Intervención con el corregimiento en este caso de Cabrera donde existen 52 familias intervenidas; con mayor frecuencia se observa un porcentaje de 46.20% que corresponde a un cumplimiento de actividades del Bajo (0-25%), mientras que en un mínimo porcentaje con 3.80% corresponde al cumplimiento alto (76-100).

Gráfico 67. Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Jongovito.

**EN RANGOS DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN **



Fuente: Presente investigación

Tabla 79: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de Jongovito.

	frecuencia	porcentaje
0-25% BAJO	9	27,30%
26-50% MEDIO	17	51,50%
51-75% MEDIO ALTO	4	12,10%
76-100%ALTO	3	9,10%
NO EVALUABLE	0	0,00%

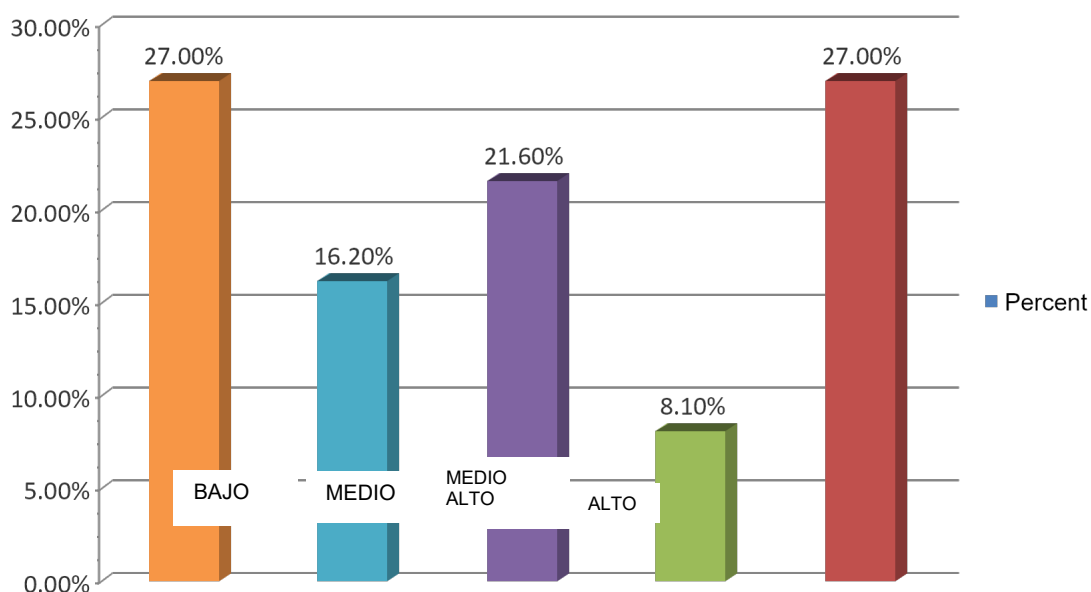
TOTAL	33	100,00%
--------------	-----------	----------------

Fuente: Presente investigación

En el Corregimiento de Jongovito existen 33 familias intervenidas, teniendo un cumplimiento de actividades Medio (26-50%) en un 51,5% seguido de un nivel de cumplimiento Bajo (0-25%) con un 27,3.

Gráfico 68: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención vs Corregimiento de San Fernando.

JO EN RANGOS DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN VS CORR



Fuente: Presente investigación

Tabla 80: Nivel de cumplimiento medido en rangos de actividades realizadas del plan de intervención Vs Corregimiento de san Fernando.

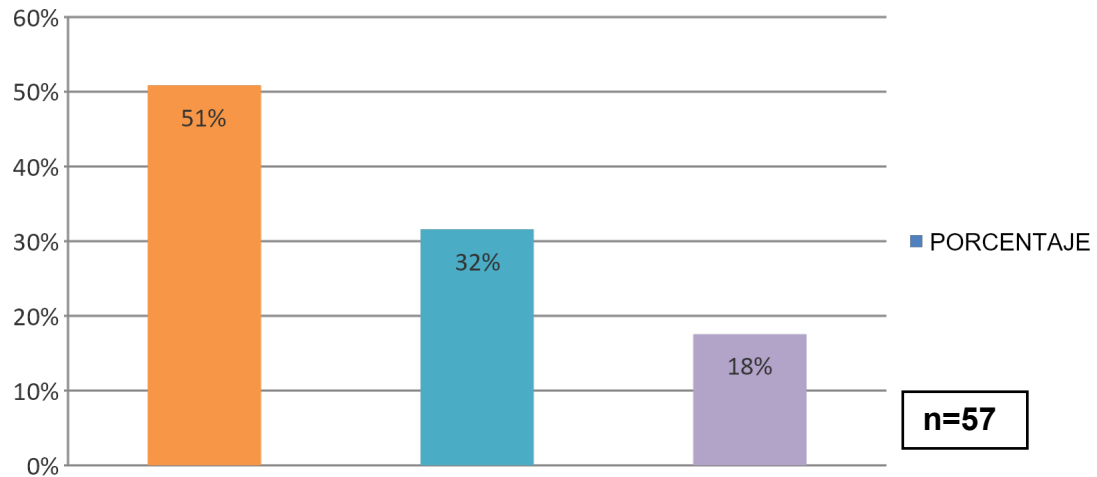
	Frecuencia	Porcentaje
0-25%BAJO	10	27,00%
26-50%MEDIO	6	16,20%
51-75%MEDIO ALTO	8	21,60%
76-100%ALTO	3	8,10%
NO EVALUABLE	10	27,00%
TOTAL	37	100,00%

Fuente: Presente investigación

En el Corregimiento de San Fernando existen 37 familias intervenidas, se determina con mayor porcentaje 27%, corresponde a un cumplimiento de actividades Bajo (0-25%), mientras que en una menor frecuencia esta el nivel de cumplimiento Alto con un 8.10%.

Gráfico 69: Corregimiento vs actividad educativa cáncer de seno.

ORREGIMIENTO VS ACTIVIDAD EDUCATIVA CÁNCER DE SEN



Fuente: Presente investigación

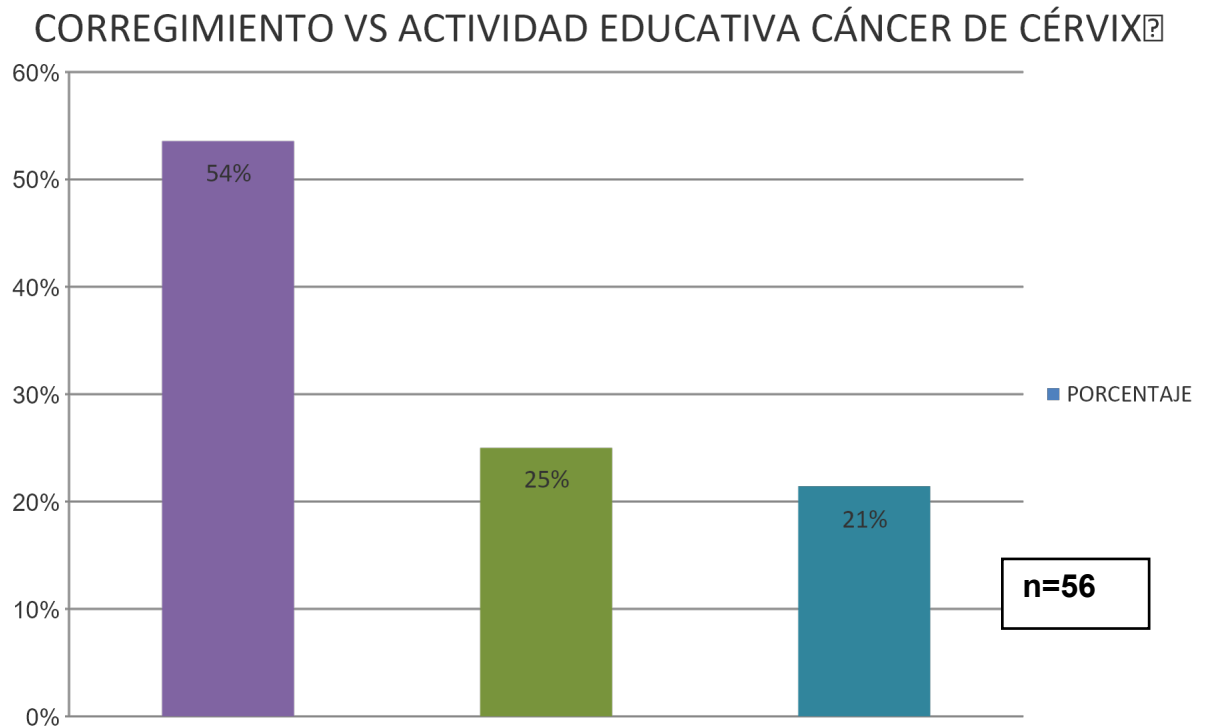
Tabla 81: Corregimiento vs actividad educativa cáncer de seno.

	frecuencia actividad educativa cáncer de seno	porcentaje
CABRERA	29	51%
JONGOVITO	18	32%
SAN FERNANDO	10	18%
TOTAL	57	100%

Fuente: Presente investigación

Se observan la relación entre las variables corregimiento vs actividad educativa en prevención de cáncer de seno dada a 57 las familias donde un 51% de la población intervenida corresponde a Cabrera (29 familias), 32% Jongovito y 18% en San Fernando.

Gráfico 70: Corregimiento vs actividad educativa cáncer de cérvix.



Fuente: Presente investigación

Tabla 82 Corregimiento vs actividad educativa cáncer de cérvix.

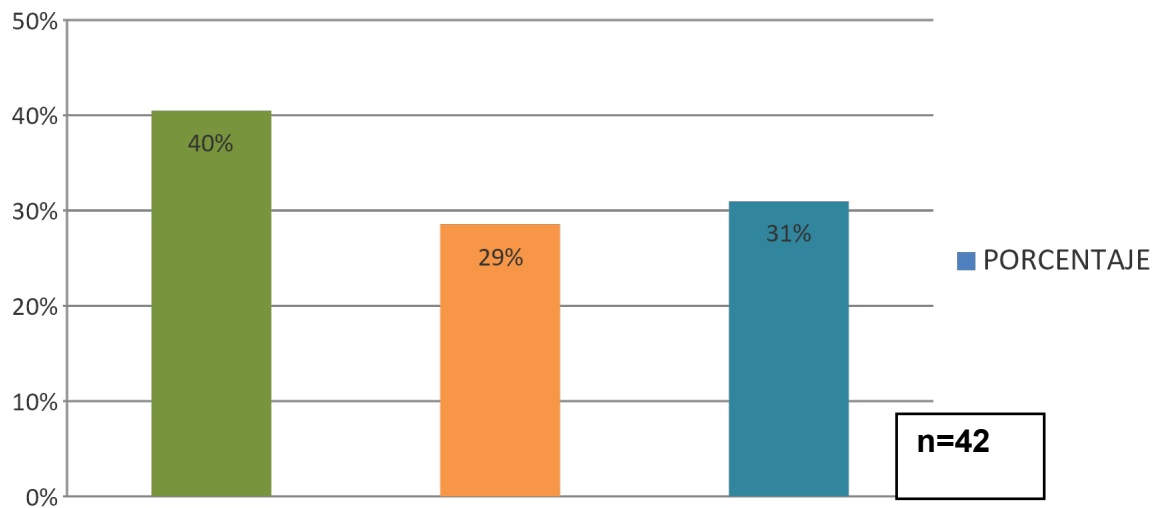
	frecuencia actividad educativa en cáncer de cérvix	porcentaje
CABRERA	30	54%
JONGOVITO	14	25%
SAN FERNANDO	12	21%
TOTAL	56	100%

Fuente: Presente investigación

Se observa la relación entre las variables corregimiento vs actividad educativa en prevención de Cáncer de Cérvix realizadas a 56 las familias, el 54% de la población intervenida corresponde al corregimiento de Cabrera (30 familia), el 25% Jongovito y 21% a San Fernando.

Gráfico 71: Corregimiento vs actividad educativa estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).

GIMIENTO VS ACTIVIDAD EDUCATIVA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES



Fuente: Presente investigación

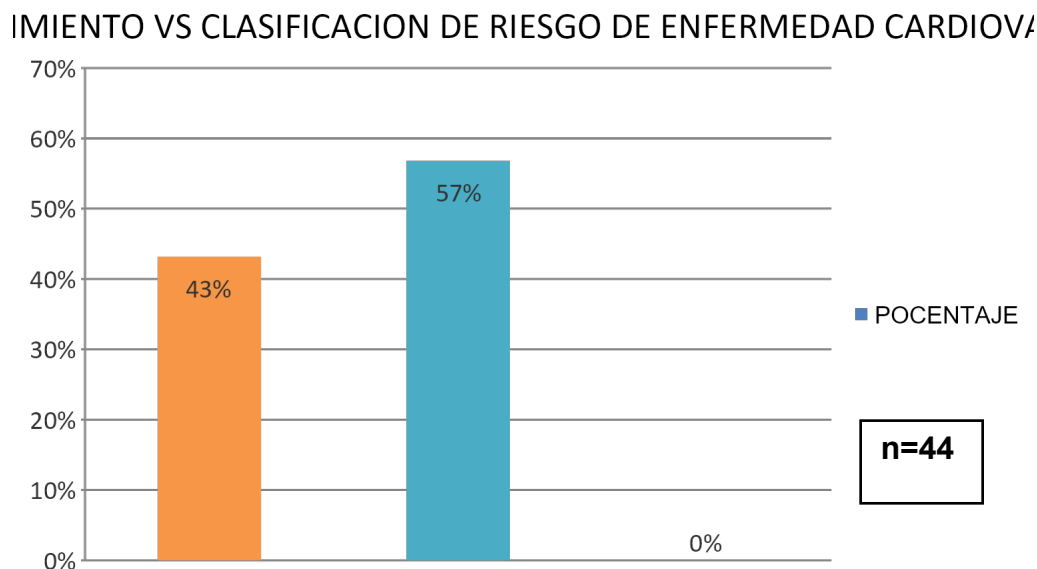
Tabla 83: Corregimiento vs actividad educativa estilos de vida saludables (dieta o ejercicio).

	frecuencia actividad educativa en estilos de vida saludables(dieta o ejercicio)	porcentaje
CABRERA	17	40%
JONGOVITO	12	29%
SAN FERNANDO	13	31%
TOTAL	42	100%

Fuente: Presente investigación

Se observa la relación entre las variables corregimiento Vs actividad educativa en estilos de vida saludables realizada a 42 las familias donde un 40% de la población intervenida corresponde al corregimiento de Cabrera que corresponde a 17 familias, 31% en el corregimiento de San Fernando y porcentaje de 29%.para Cabrera.

Gráfico 72: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades cardiovasculares.



Fuente: Presente investigación

Tabla 84: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

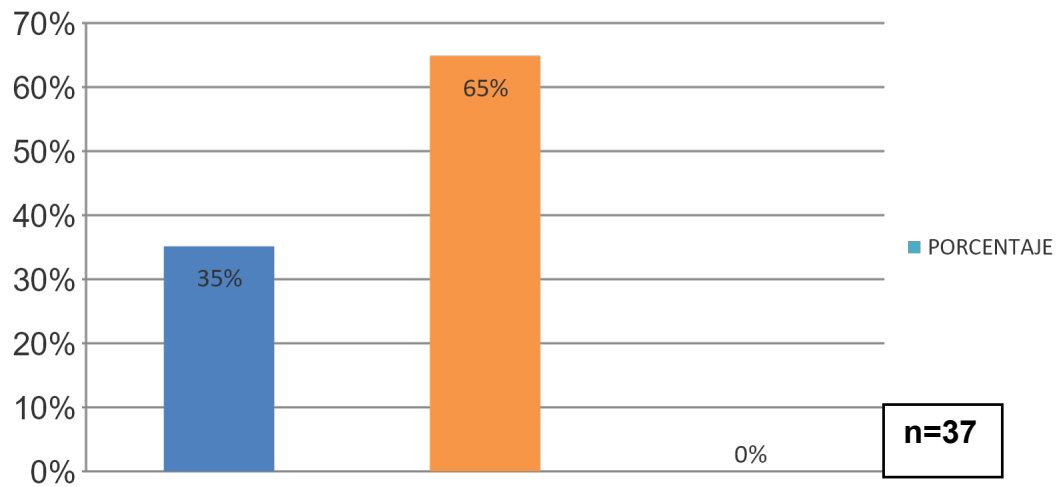
	frecuencia de riesgo de enfermedad cardiovascular	clasificación de riesgo de enfermedad cardiovascular	porcentaje
CABRERA	19		43%
JONGOVITO	25		57%
SAN FERNANDO	0		0%
TOTAL	44		100%

Fuente: Presente investigación

De las 44 familias a quienes se aplicó el instrumento para la detección temprana y seguimiento de enfermedades cardiovasculares en el adulto, el corregimiento de Jongovito cuenta con un 57% correspondiente a 24 familias y un 43% del corregimiento de Cabrera. En el sector de San Fernando no se aplicó dicho instrumento.

Gráfico 73: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades oncológicas.

REGIMIENTO VS CLASIFICACION DE RIESGO DE ENFERMEDAD ONCOLOG



Fuente: Presente investigación

Tabla 85: Corregimiento vs clasificación de riesgo de enfermedades oncológicas.

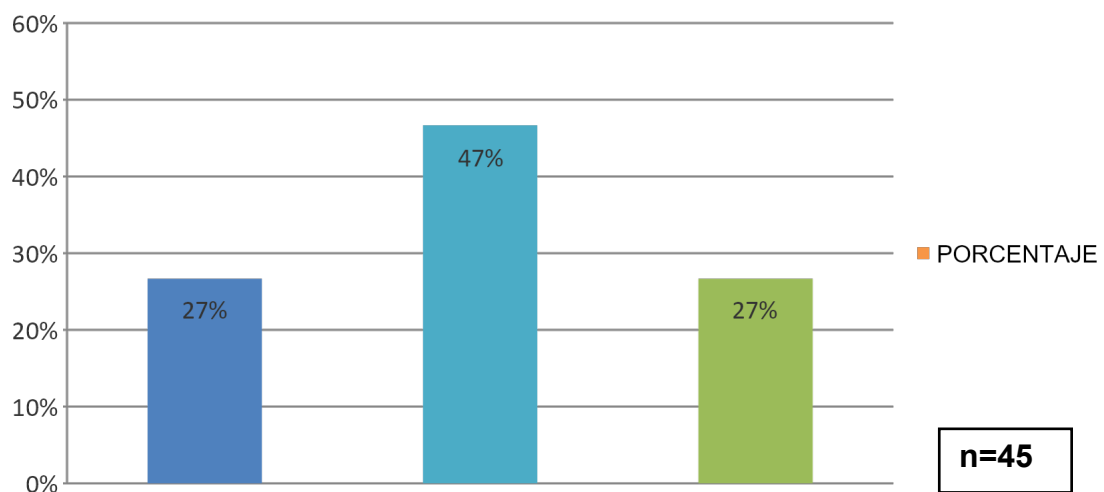
	frecuencia de riesgo de enfermedad oncológica	clasificación de enfermedad oncológica	porcentaje
CABRERA	13		35%
JONGOVITO	24		65%
SAN FERNANDO	0		0%
TOTAL	37		100%

Fuente: Presente investigación

El número total de familias en quienes se aplicó instrumento de detección temprana y seguimiento de enfermedades oncológicas en el adulto es de 37 de las cuales en cada corregimiento se distribuyen así: Jongovito con 65% correspondiente a 24 familias y un 35% de Cabrera. En el sector de San Fernando no se aplicó dicho instrumento.

Gráfico 74: Corregimiento vs actividad educativa en métodos de planificación.

PLANIFICACION VS ACTIVIDAD EDUCATIVA EN MÉTODOS DE PLANIFICACION



Fuente: Presente investigación

Tabla 86: Corregimiento vs actividad educativa en métodos de planificación.

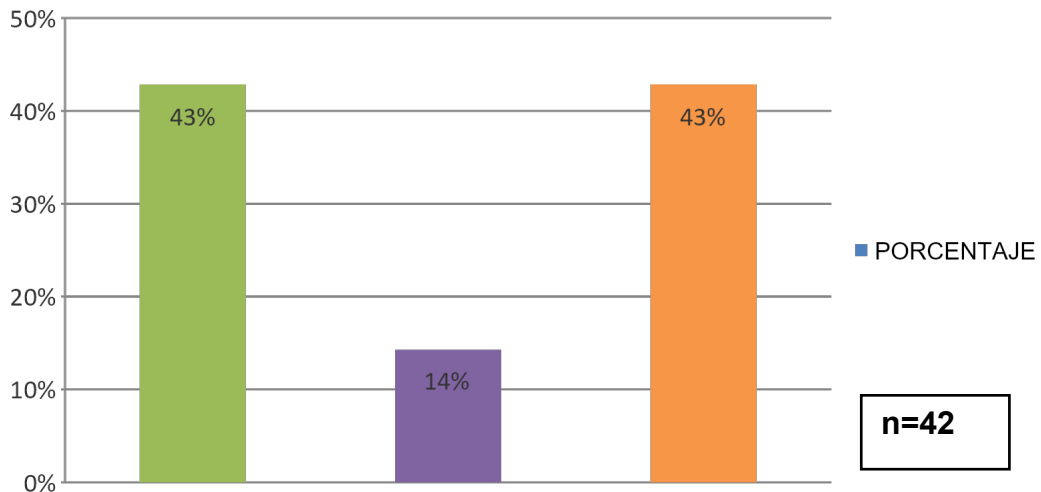
	frecuencia actividad educativa en métodos de planificación	porcentaje
CABRERA	12	27%
JONGOVITO	21	47%
SAN FERNANDO	12	27%
TOTAL	45	100%

Fuente: Presente investigación

Se observa la relación entre las variables corregimiento vs actividad educativa en métodos de planificación realizada a 45 familias, el 47% de la población corresponde a Jongovito (21 familias) y un 27% respectivamente para los corregimientos de Cabrera y San Fernando.

Gráfico 75: Corregimiento vs actividad educativa en hipertensión arterial.

REGIMIENTO VS ACTIVIDAD EDUCATIVA EN HIPERTENSION ARTER



Fuente: Presente investigación

Tabla 87: Corregimiento vs actividad educativa en hipertensión arterial.

	frecuencia educativa en hipertensión arterial	actividad hipertensión	porcentaje
CABRERA	18		43%
JONGOVITO	6		14%
SAN FERNANDO	18		43%
TOTAL	42		100%

Fuente: Presente investigación

Se observa la relación entre las variables corregimiento vs actividad educativa en Hipertensión Arterial realizada a 42 familias; un 43% respectivamente (18 familias) se realizó en Cabrera y San Fernando y en menor porcentaje en Jongovito con un 14%.

7. DISCUSIÓN

- El modelo de Salud Familiar y Comunitaria se realiza en el plano internacional donde se mira al ser humano desde una amplia dimensión bio-psico-social, considerando la influencia del ambiente sobre su salud. Desde 1978 y por medio de la Declaración de Alma Ata, se describe que la atención primaria de salud (APS) debe entenderse como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo que incorporar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y además a otros sectores de la vida nacional; esta estrategia ha demostrado que puede adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos donde se privilegia la más alta participación de las personas y de las comunidades, fomentando la responsabilidad en el cuidado de su salud y promoviendo el trabajo en equipo. Luego de 25 años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugirió la revisión y adopción de una estrategia renovada para la APS, que incluyera desafíos epidemiológicos, nuevos conocimientos e instrumentos de mejores prácticas y su contribución en la efectividad de la atención primaria, además del reconocimiento de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud (47-49).
- En cuanto a los tipos de familia, Virginia Gutiérrez de Pineda expresa que aunque prevalece los hogares de tipo nuclear como coincide en los resultados de la ficha SIPRIS, existen otras formas de uniones como la extensa incompleta o monoparental. El tipo de unión que prevalece dentro de la comunidad es el matrimonio católico o civil, seguido de la unión libre concordando con lo expresado por Pineda, al afirmar que el matrimonio católico ha ido disminuyendo y ha aumentado el matrimonio civil y las uniones de hecho.
- Con relación al sexo en la presente investigación se determinó que el género femenino tiene un mayor predominio en las tres poblaciones

estudiadas siendo estas de carácter rural , con un 52.41% para mujeres y un 47.59% para los hombres, similar a los porcentajes expuestos por la Alcaldía Municipal de Pasto en su zona urbana con un 51,9% (mujeres) y un 48,1% (hombres)(50).

- Los resultados de esta investigación nos demuestran que la mayoría de la población en las diferentes localidades son menores de edad, razón por la cual el porcentaje en mayor proporción es el no aplica para la edad (Cabrea 30,00%, Jongovito 22,78% y San Fernando 40,30%) seguido del estado civil casado (28,64%, 31,11% y 31,34%). Comparado con el estudio de Yenny Elizabeth Castañeda Ramírez donde la familia rural a pesar de la modernización está constituida por un matrimonio.
- Observando los resultados de esta investigación obtenidos de la ficha SIPRIS en cuanto a la educación tenemos, que predomina la primaria incompleta tanto en Cabrera, Jongovito y San Fernando (35,91%, 36,11% y 37,82% respectivamente). Datos que concuerdan con los informes de la Secretaria de Educación de la ciudad de Pasto del año 2013, donde dan a conocer la baja permanencia en los niveles educativos pre-escolar, básica y media. Para lo cual proponen el Plan Educativo 2012 -2015 con el fin de tener una equidad para el acceso, permanencia y calidad de la educación(51).
- Confrontado los resultados de esta investigación, tenemos que menos de la mitad de las poblaciones en estudio (Cabrera con 42,73%, Jongovito con 47,22% y San Fernando con 40,80%) se encuentran trabajando, seguida de un menor porcentaje (Cabrera con 21,82%, Jongovito con 29,44% y San Fernando con 31,84%) que se encuentra estudiando, datos obtenidos de la ficha SIPRIS. Comparado con el boletín de prensa del 2013 del DANE, se podría decir que hay alguna concordancia con dicho informe donde revela que hay una tasa de ocupación de 60,1% y una tasa de desempleo de 11,0% para el año 2013(52).
- En este estudio tenemos que las poblaciones están afiliadas al SGSSS e en su mayoría al Régimen subsidiado coincidiendo con el boletín de Prensa realizado por el DANE 2013 donde la población rural en un mayor porcentaje pertenece a este mismo régimen (50).

- En cuanto al transporte encontramos un interacción fuerte representada con un 50.8% de los casos, es decir que solo la mitad de la población utiliza o tiene un acceso a este servicio, lo cual puede representar la baja asistencia o accesibilidad al SGSSS, como es demostrado en el estudio de Christie & Fone, 2002; Pérez, 2013 donde toma el uso del transporte como una dificultad para la utilización o acceso al SGSSS, además de otros parámetros como la distancia al centro de salud más cercano o el tiempo de viaje.
- Según UNICEF, la vivienda debe cumplir con unos requisitos mínimos de infraestructura y servicios públicos que garanticen la calidad de vida de las personas; teniendo en cuenta esto, en la presente investigación los resultados arrojados dan a conocer que los hogares si cumplen con estas características, encontrando que el tipo de vivienda más predominante es la casa, donde el material del piso es en cemento; el del techo es eternit, teja de barro o zinc; y de las paredes en ladrillo, bloque o material prefabricado; en la parte ambiental, la fuente de donde toman el agua es el acueducto y el tratamiento casero que utilizan para su consumo es hervida. Con relación al servicio sanitario es frecuente el inodoro conectado a alcantarillado; y según el tipo de alumbrado se destaca el alumbrado eléctrico; existiendo los parámetros básicos para el reconocimiento de una vivienda adecuada, registrados en el Pacto Internacional Sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (53).
- Kirk Smith en California realizó un estudio sobre las repercusiones sobre la salud por el uso del humo en el interior de la vivienda o en lugares cercanos afirmando que las cocinillas producen importantes concentraciones de pequeñas partículas en el interior de la casa, que pueden alcanzar a largo plazo niveles de 10 a 100 veces superiores a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus directrices recientemente revisadas sobre calidad del aire para proteger la salud (OMS, 2005). La OMS, en una evaluación de riesgos que combinó los resultados de muchos estudios publicados (Ezzati *et al.*, 2002), comparó la carga de la enfermedad y la muerte prematura debidas al uso de combustibles sólidos con otros factores de riesgo importantes, tales como contaminación del aire exterior, tabaquismo e hipertensión. Los resultados indican que el uso de combustibles sólidos puede ser responsable de 800 000 a 2,4 millones de muertes prematuras cada año (Smith, Mehta y Maeusezahl-Feuz, 2004). Lo anterior da a conocer el riesgo que presenta la población estudiada puesto que los resultados arrojaron un alto porcentaje de exposición al

humo de leña, ladrilleras o la quema de la basura como prácticas cotidianas dentro de su hogar (54, 55).

- La Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos Sólidos establece “Que una problemática en el manejo residuos sólidos ha sido asociada a poca educación y participación ciudadana en el manejo de residuos” (56, 57), esto es coherente con la intervención educativa efectuada por la FUSM dirigida a la comunidad. En la ficha SIPRIS se identificaron factores de riesgo ambientales, como lo fue la disposición de la basura, quemada en un 38.50%, animales dentro de la vivienda con un 76,2%, diferentes tipo de tratamiento casero del agua no apropiados y presencia de humo en la vivienda en un 28,7%; se realizo diferentes actividades encaminadas a corregir estos factores pero estas no fueron aplicadas en la totalidad de la población que requerían de dicha educación. La actividad más trabajada con un porcentaje de 30% fue el manejo adecuado de basuras, seguido de manejo de animales con un 28%.
- En correlación a varios estudios una de las mayores problemáticas del desarrollo en menores de 10 años es el retraso en el lenguaje, como se evidencio en este estudio con un 36,50%. Desbridar los distintos componentes del lenguaje expresivo, comprensivo, los factores implicados en su etiopatogenia, el diagnóstico diferencial y la indicación de una terapia específica y temprana requiere formación especializada y un abordaje multidisciplinar (58, 59).
- De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía la segunda discapacidad en México es la Visual, lo que coincide con este estudio siendo el problema visual la segunda causa de detección en menores de 10 años. El 18% de los niños en edad escolar necesitan algún tipo de apoyo visual, porque un niño que necesita lentes y no los tiene, no podrá desarrollarse por completo” Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Secretario de Salud (2012)(60).
- Con relación a la Salud Sexual y Reproductiva en la población de estudio los hombres y mujeres de 25 a 44 años, con un 54.40% no han planificado, estos datos se encuentran alejados de la prevalencia del uso de anticonceptivos en Nariño reportados por la ENDS 2010 correspondiente a 38,8%. Aunque en el estudio se identificó que fue la actividad más trabajada en el plan de intervención, especialmente en el corregimiento de Jongovito(61).

- En las mujeres de 10 años y más se evidencia un alto porcentaje de quienes NO se han realizado ni la citología ni el auto examen de seno con un porcentaje de 52% y 68,37% respectivamente coherente a esto, en el plan de intervención se realizaron actividades preventivas en cáncer de cérvix y cáncer de seno, donde se recomienda la realización de citología y enseña la forma adecuada del auto-examen de seno; siendo una intervención adecuada, relacionada con los datos de la ENDS 2010 que muestra la importancia de estas patologías siendo las principales causas de muerte por cáncer en Colombia . Se estima que la incidencia de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en Colombia es de 31.2 y 21.5 casos nuevos por 100,000 mujeres, respectivamente(62).
- Como lo afirma el doctor Juan Carlos Martínez, Presidente del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas, aproximadamente, nueve de cada diez españoles mayores de 45 años tiene algún problema de visión, como se identificó en el presente estudio (47,80%) con lo cual hay un 34% de personas de este grupo de edad que pueden tener complicaciones en la realización de tareas sencillas y habituales, como leer un libro, enhebrar una aguja, cocinar o incluso conducir, con los riesgos que esto puede conllevar para su salud y calidad de vida(60, 63).
- Uno de los factores de riesgo encontrados en los varones mayores de 45 años es la no realización del examen de próstata (37,68%), teniendo en cuenta que uno de los factores identificados que aumenta las posibilidades de desarrollo de cáncer Prostático es la edad. Más del 80% de todos los casos encontrados se diagnostican en hombres mayores de 65 años(64).
- Según la OMS la Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, la cual se puede presentar en cualquier lugar del mundo, e incluso, así sea en un bajo porcentaje, es un problema que se ha podido dar en nuestras comunidades, por lo anterior y teniendo en cuenta los datos arrojados por la ficha SIPRIS se comprobó una frecuencia de 1.92% para los menores de 10 años y un 7.30% para los mayor de 45 años, datos similares a los reportes del DANE 2010 del departamento de Nariño y San Juan de Pasto de la población con registro de discapacidad, donde se indica que este problema se

presenta en una baja frecuencia en la zona rural a diferencia de la zona urbana y cabeceras municipales donde se manejan cifras altas de discapacidad (50).

- Teniendo en cuenta la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, donde se indica que el médico general deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo y la enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, con el fin de hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento (+) se ha podido determinar por medio de la ficha SIPRIS que estos aspectos no se cumplen a cabalidad ya que los datos reportados indican en un alto porcentaje, que el control prenatal en las comunidades estudiadas, está siendo realizado por auxiliares de enfermería y no por el personal indicado por la norma, generando una gran repercusión para el buen control y atención para las gestantes (65).
- La violencia intrafamiliar tuvo un bajo porcentaje en los diferentes grupos de edad, es así como en los menores de 10 años (52 niños) se reportó un 11.53%, en jóvenes de 10 a 24 años (82 jóvenes) un 2.44 %, en mujeres (98 mujeres) un 2.04%, en la edad de 25 a 44 años un 4.35% y en los adultos de 45 años o más (de 69 personas) un 4.35%. En Colombia para el 2013, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; reporta 68.230 casos de violencia intrafamiliar, (65,58%) correspondieron a violencia de pareja; (14,23%) a violencia contra niños, (18,20%) a violencia entre otros familiares; (2,00%) a violencia contra el adulto mayor; y el 77,58% (52.933) de las víctimas fueron mujeres. La intolerancia, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, fueron las principales razones que motivan la violencia al interior de la familia, prácticas que fueron encontradas en el presente estudio, pero que fueron trabajadas en un mínimo porcentaje (66).
- Dada la importancia de la salud oral para el Plan Nacional de Salud Pública en su tercer objetivo, quien reconoce que el componente bucal de la salud es parte integral de la salud general y un factor determinante en la calidad de vida de las personas, en el estudio se evidenció que la población no asistió a consulta odontológica en los últimos 6 meses, siendo un problema prioritario por esto se hace necesario incrementar intervenciones educativas en la prevención de enfermedades y prácticas adecuadas de higiene (67).

- La familia es uno de los grupos fundamentales a intervenir con el fin de mejorar su funcionamiento, es así como en la presente investigación se determinó este aspecto mediante el APGAR familiar que reportó una buena funcionalidad familiar, indicadas en varios estudios colombianos, entre ellos realizado por Miguel Zubiria y otro hecho en a 418 personas del Municipio de Urrao Antioquia del barrio 20 de Julio, donde mantuvieron un promedio de 8 ($p= 0.015$), siendo un efecto positivo sobre la dinámica familiar donde influyen los límites, los roles y las normas para mantener la estabilidad grupal(68-70).
- Comparando los resultados, vemos que las enfermedad más prevalente en las comunidades es la hipertensión arterial con un 34% de los casos, seguida de diabetes con un 12%, datos que fueron obtenidos de los registros del Familiograma. En este estudio se identificó que para estas enfermedades se hizo actividades educativas encaminadas al manejo, control y prevención de dichas enfermedades que fueron consignada en el plan de intervención, con un porcentaje de 34% de los casos de hipertensión arterial y un 12% de los casos de diabetes, por tanto se puede decir que la totalidad población que presento estas enfermedades recibió orientación y educación en ellas; Los resultados concuerda con los estudios del Ministerio de Salud en Colombia, que expresan que en primer lugar están la enfermedades no trasmisibles o crónicas y degenerativas, entre ellas cardiovasculares, seguidas de cáncer, deficiencia pulmonar crónica y la diabetes, que representan la causa de muerte más importante en el mundo(71). Según la OPS la ENT se pueden prevenir a través en cambios de estilos de vida, políticas públicas e intervenciones en salud. En el estudio de morbilidad en Colombia de Oscar Bernal y Cols (72), las enfermedades no trasmisibles son frecuentes en grupo etarios superiores, por lo que es relevante la información recolectada de la ficha SIPRIS donde la mitad de la población (55.07%) de mayores de 45 años sufren de enfermedades no trasmisibles o crónicas.
- Según datos de el plan territorial de salud hecho por la Secretaria de Salud y Alcaldía de Pasto la primera causa de morbilidad por consulta de urgencias es “diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso” para todos los grupos de edad (B) En el plan de intervención se trabajó prevención de EDA pero un bajo porcentaje del total de la población solo un 16,40% recibió capacitación en prevención de dicha enfermedad(15).

- Según datos de el plan territorial de salud hecho por la Secretaria de Salud y Alcaldía de Pasto en relación a la nutrición el objetivo del sistema de vigilancia nutrición al es realizar el seguimiento continuo y sistemático del estado nutricional en la población menor de 12 años (2010 – 2011), según las cifras reportadas por el sistema de vigilancia nutricional municipal se puede establecer que el 60% de la población menor de 12 años presenta algún tipo de alteración en su estado nutricional, comparando con los resultados de esta investigación se tiene que menos de la mitad del total de la población intervenida recibió capacitación (17.20% de las 122 familias) en esta enfermedad(15).
- El cumplimiento del plan de intervención medido en rangos arroja los porcentajes de las actividades descritas en el plan y consignadas en el consolidado de visitas familiares que fueron aplicadas y realizadas en los hogares intervenidos. Se observa con mayor prevalencia un cumplimiento bajo (0-25%) con un 35.20% en las poblaciones de Cabrera y San Fernando a diferencia del corregimiento de Jongovito donde el cumplimiento medio bajo (26-50%) es el más frecuente con un 51.50%.

CONCLUSIONES

- Sin lugar a dudas la familia continúa siendo la unidad básica de la sociedad. A su interior no solamente ocurre la socialización primaria del individuo sino también la reproducción de la vida cotidiana y el establecimiento de redes de relaciones para satisfacer las necesidades psicológicas y sociales de los individuos que alberga.
- Teniendo en cuenta los resultados de la investigación en las comunidades de Cabrera, Jongovito y San Fernando se determinó un total de 601 personas pertenecientes a la Estrategia de Familia y Comunidad saludable de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto en el periodo 2002-2012; entre los aspectos más relevantes se encontró que el tipo de familia más frecuente es la nuclear, donde predomina el sexo femenino y en su mayoría son menores de 18 años. En cuanto a su educación la mayoría tienen primaria incompleta, su ocupación es el trabajo y en un gran porcentaje pertenecen al Régimen Subsidiado.
- Las familias tienen una fuerte relación con la medicina occidental en un 92,60%.
- En correlación a varios estudios una de las mayores problemáticas del desarrollo en menores de 10 años es el retraso en el lenguaje a diferencia de los mayores de 45 años que su mayor dificultad es la visión con riesgos para la salud y calidad de vida.
- Los jóvenes de 10 a 24 años en su mayoría no asisten a Control de Joven Sano en un 78,05%.
- Entre los factores de riesgo identificados como posibles agentes de enfermedad para las comunidades estudiadas con mayor índice está la mala disposición de la basura, el humo animal dentro de la vivienda; y como exposición a contaminantes es frecuente encontrar ladrilleras o criaderos de animales cerca de las casas.

- En la salud oral se evidencia un alto porcentaje de inasistencia a consulta odontológica en los diferentes grupos de edad como también un estilo de vida sedentario.
- La enfermedad más prevalente en las comunidades es la hipertensión arterial, seguida de la diabetes, las cuales se trabajaron en un alto porcentaje en las diferentes poblaciones con el fin de educarlos sobre estilos de vida adecuados para evitar posibles riesgos o complicaciones.
- El APGAR familiar reportó una buena funcionalidad familiar, indicadas en varios estudios colombianos, siendo un efecto positivo sobre la dinámica familiar donde influyen los límites, los roles y las normas para mantener la estabilidad grupal.
- En el presente estudio se mostró un bajo porcentaje de actividades encaminadas a intervenir las patologías y los riesgos de gran prevalencia mundial que son prevenibles como: enfermedad diarreica aguda, enfermedades bucales, desnutrición, consumo de alcohol y cigarrillo por lo cual existe necesidad de trabajar y fortalecer estas prácticas.
- Según los datos obtenidos en la investigación podemos concluir que hay correspondencia entre número familias afectadas por enfermedades prevalentes (HTA y DM) y la intervención educativa planteada en el plan de intervención, sin embargo no se puede asegurar el cumplimiento de esta, pues los datos en la población general muestran que existe un cumplimiento bajo en la aplicación de las actividades de intervención.
- Respecto a prevención de cáncer de seno y cérvix encontramos en el plan de intervención que se enseña auto examen de seno y se recomienda la realización de citología, estas actividades están bien encaminadas puesto que a nivel mundial estas prácticas han mostrado efectividad en la reducción de la mortalidad y la incidencia de estas enfermedades.

LIMITACIONES

Las limitaciones se evidenciaron principalmente en que algunas de las carpetas familiares que se revisaron no se pudieron tomar en cuenta para el estudio puesto que se encontraban incompletas, mal diligenciadas y no legibles.

RECOMENDACIONES

- Este proyecto busca generar interés por parte de los estudiantes de semestre inferiores, profesionales en salud y otras instituciones educativas, para la posterior realización de estudios enfatizados en la intervención en la salud familiar y comunitaria.
- Revisar el diseño de la ficha SIPRIS en lo relacionado en la parte individual puesto que se repiten y pueden alterar la confiabilidad de la información.
- En la parte del Familiograma se debe revisar si está registrado el tipo de familia y si existen los enlaces entre los miembros del núcleo familiar o en lo posible los enlaces de los cabezas de familia.
- Revisar el Ecomapa en la parte de las conversiones para facilitar la recolección de datos para estudios futuros.
- En el instrumento APGAR familiar, se ve necesario la unificación de los valores numéricos que permitan la clasificación de la función familiar con el fin de disminuir el riesgo de una mala interpretación de la información; realizar el análisis y la interpretación de resultados puesto que en muchas carpetas familiares se desconocía esta información.
- Respecto al instrumento plan de intervención familiar se hace necesario, además de llevar a cabo las diferentes técnicas educativas y actividades de promoción y prevención establecidas dentro del programa de la asignatura de salud familiar y comunitaria se realicen actividades de intervención por parte de los estudiantes que correspondan y sean coherentes a las verdaderas problemáticas existentes donde se cumplan a cabalidad y esto sea verificado y controlado por el docente acompañante.
- Debido a que patologías como cáncer de cérvix y cáncer de mama ocupan las primeras causas de muerte por cáncer en Colombia, se recomienda continuar y fortalecer las actividades educativas comunitarias implementando algunas recomendaciones acordes al Instituto Nacional de Cancerología que incluyen además la de

realización de la citología en mujeres de 25 a 69 años en el esquema 1-1-3 y en poblaciones que lo ameriten, la realización de pruebas como identificación del ADN-VPH.

- En cuanto al cáncer de mama continuar la práctica de la realización del auto examen, incluir la importancia de realización de la mamografía de chequeo en mujeres de 50 a 69 años.
- Teniendo en cuenta que la EDA infecciosa es primera causa de consulta de urgencias en todos los grupos de edad en Nariño para los menores de 5 años, se recomienda continuar e incrementar la socialización y aplicación de la estrategia AIEPI durante las prácticas comunitarias ya que esta, ha demostrado disminuir la mortalidad por esta patología a través de la detección de los signos de alarma tanto para el profesional de la salud a cargo de la atención, como para la familia.
- En este estudio la intervención educativa en prevención de la desnutrición es baja, los datos en nuestro departamento indican que el 60% de menores de 12 años presenta algún tipo de alteración en su estado nutricional, dada la relevancia de la patología se invita a incrementar la intervención educativa en la población en general trabajada, además de realizar un diagnóstico del estado nutricional mediante patrones de crecimiento de la OMS que proporcionan una información idónea (Indicadores Antropométricos), recibiendo una adecuada consejería nutricional.

PERSPECTIVAS

Con este estudio se busca mejorar la estrategia de intervención del programa de salud familiar y comunitaria de la fundación universitaria San Martín de la facultad de medicina, al realizar la caracterización de la población de Cabrera, Jongovito y San Fernando, en el periodo comprendido entre los años 2002 – 2012 con el fin de tener un referente y una base de datos actualizada para el desarrollo de posteriores investigaciones y de esta manera poder valorar el impacto generado en las comunidades intervenidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vargas JD, González F, Estelles E, Prieto F. Para la Prevención y Promoción de la Salud en Colombia. LACCEI. 2013:1-4.
2. Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. UniValle. 2002;33(3):102-7.
3. Social. ÁP. Proyecto de Atención Integral en Salud Familiar. 2012 p. 5.
4. Alarcon J, Paramo A, Nuñez N. Fundamentos de Salud Familiar. Neiva: USCO; 1996
5. Rendon LF, Llanos G, Torres M. Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali. ISSN. 2001:58-64.
6. Mejía D. Salud Familiar para América Latina. Colombia: ASCOFAME.
7. Mayas LE. Los estilos de vida saludables Componente de la calidad de vida. FunLibre. 2001:1-2.
8. Terris M. What is Health Promotion. JPub. 1991;2:147-51.
9. UNESCO. Guía de promoción de la resistencia en los para fortalecer el espíritu humano. CITIVAN CENTER - OPS.16p.
10. Osorio A, Toro MY, Macías AM, Valencia CA, Rodríguez S. Hacia la Promoción de la Salud. LILACS. 2010;15(1):128 - 43
11. Monge A. Introducción a la Promoción de la Salud. CENDEISS. 2004:1-42.
12. ESCOBAR. CVJJV. Programas preventivos tendientes al logro de la salud mental como al desarrollo integral del hombre. 1993.
13. TURISMO CY. CULTURA Y TURISMO, Jongovito. Pasto, Nariño, Colombia: Martes, 29 Noviembre 2013; Available from: <http://www.culturapasto.gov.co>.
14. TURISMO CY. CULTURA Y TURISMO, San Fernando Pasto, Nariño, Colombia 2013; Available from: <http://www.culturapasto.gov.co>.
15. Guerrero H MA. PLAN TERRITORIAL DE SALUD. San Juan de Pasto, Nariño, Colombia 2012 - 2015; Available from: http://www.pasto.gov.co/phocadownload/documentos2012/salud/plan_territorial_de_salud_2012-2015.pdf.
16. Herrera G ZT. Características socio familiares de ólas familias ubicadas en el area urbana del municipio de Yomkbó frente a otros programas del Icbf. Medellín, , : Universidad de antioquia; 1984.
17. Pineda V, De Pineda P. Honor, familia y sociedad en la estructura patriarcal. Seminario. 1988:258.
18. www.colombiaaprende.edu.co. familia. Pasto 1997.
19. Marx C. La evolucion de la familia. In: Arch MI, editor.
20. Icbf. Encuentro interamericano de la familia. Encuentro Nacional sobre la failia. 1983:25.

21. Gonzales C, Andrade M. características familiares y orientaciones generales para una política nacional de atención a la familia. Bogotá: Departamento de Planeación Nacional.
22. Herrera G, Zapata T. Características socio familiares de ólas familias ubicadas en el area urbana del municipio de Yomkbó frente a otros programas del Icbf. Medellín: Universidad de antioquia; 1984. p. Departamento de trabajo social. Facultad de ciencias sociales.
23. V G. Modalidades Familiares de fin de siglo. Bógota D.C: Universidad Nacional de Colombia; 1992.
24. Castro R. La crisis en la transición familiar colombiana. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1983.
25. Ferrufino L. Mujer y familia en colombia. Bogota: Asociación colobiana de sociología.D.N.P. UNICEF; 1985.
26. Montoya J, Tamayo O, Velez A. Ayer y hoy de la familia. Centro de Investigaciones sociales. 1985:19.
27. Rico J. Marco de referencia para el estudio de los factores socio-economicos determinantes de los cambios en la institución familiar. Cali: Universidad del Valle. Facultad de salud; 1983.
28. Ordoñez M. Población y familia rural en colombia. Seminario. 1986:179.
29. Cerna Z. Planificación, centralización, descentralización y niveles de atención en salud. In: Medica G, editor. Puerto Rico2006.
30. www.sasi.org.ar. instructivosfamilia. 2010.
31. www.sasia.org. apgar%20familiar.
32. EMSSANAR. Sistemas de identificación del riesgo y determinación del estado de salud. Pasto, Nariño, Colombia2001.
33. Hernández S, Collado R, Baptista C. Metodología de la investigación. 5 ed. Mexico D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
34. Alarcon J, N N. Fundamentos de salud familiar. USCO1996.
35. Ministerio de Salud O, OG. Concepto prooción en salud. Bogotá1993.
36. Unidas PN. Informe undial sobre desarrollo humano 2000. [Informe]. In press 2000.
37. OMS, OPS. Desarrollo Social y Humano. Comité Técnico Ejecutivo. 2009; Sesión No. 144.
38. D.C SGdIAMdB. LEY 1122 DE 2007 A NIVEL NACIONAL. Bogotá D.C Diario Oficial 46506 2007.
39. SALUD MD. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, SALUD PÚBLICA. Bógota D.C 2015; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/publica>.
40. Social MdIP. Plan Nacional de Salud Pública: Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Pública en Colombia. Bógota D.C, Colombia2007; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicacione>.
41. Ley 100/93, (1993).
42. Reestructuración del I.C.B.F, (1979).
43. Constitución política de Colombia, (1990).

44. Depaux C. En el camino a centro de salud familiar. Segovia: Ministerio de salud de Chile; 2008. p. Anexo 7, 107-13.
45. Bonilla E, Rodriguez P. Más allá del dilema de los métodos. Buenos Aires Makgregort; 1996.
46. Briones G. La investigación social y científica-educativa. Santa Fe de Bogotá: Formed; 1990.
47. C B. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Revista Biomedica Revisada por Pares Medwave. 2012
48. SALUD OPDLSYOMDL. Modelo Nacional de Salud Familiar y Comunitario. 2013.
49. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DGDAP. PLAN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN 2011-2013 MADRID2011-2013
50. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA D. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. Bogotá D.C, Colombia2011; Available from: www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presen_tacion_ECV_2010.pdf.
51. EDUCACIÓN SD. Plan de Desarrollo Educativo. Pasto, Nariño2012-2015.
52. DANE. PRINCIPALES INDICADORES DEL MERCADO LABORAL. 2013.
53. Ortiz M BI, Jiménez L, Ayzaguer S Proyectos de intervención en salud familiar:una propuesta método. Revista Cubana de Salud Pública. 2000:12-6.
54. K S. El uso doméstico de leña en los países en desarrollo y sus repercusiones en la salud. Berkeley, Estados Unidos: Universidad de California; 2010.
55. (OMS) OMdIS. Guías de calidad del aire de actualización mundial. Dinamarca: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2005; Available from: www.euro.who.int/Document/E87950.pdf.
56. Ministerio de Vivienda CyT. CO-PROGRAMA NACIONAL PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS. Bogotá, Colombia 2014. Available from: <http://www.minvivienda.gov.co/>.
57. CINARA I-U-, editor. Proyecto Selección de Tecnologías para la Recolección, Transporte, Recuperación, Tratamiento y Disposición final en torno al Manejo Integral de Residuos Sólidos en Municipios menores de 50.000 habitantes. Cali2005.
58. Aguilera S BO. Trastornos del Lenguaje, Pediatría Integral SEPEAP. 2012.
59. Narbona J C-MC. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Segunda Edición ed. Barcelona2010.
60. Asociación Mexicana de Facultades E, Colegios y Consejos de Optometría. Estadísticas de problemas visuales en México. México2010; Available from: http://www.amfecco.org/article_estadisticas.php.

61. ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD E. Uso Actual de Métodos de Planificación Familiar. Bogotá D.C.2010; SEXTA:[Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia>.
62. ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD E. Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y de Mama. Bogotá D.C 2010; QUINCE:[]
63. CONSULTAS W. El 90% de los mayores de 45 años necesita corrección visual. 2014.
64. R R. Diagnóstico y prevención del cáncer de próstata: aspectos prácticos para el médico de familia. España2013.
65. MINISTERIO DE SALUD DGDYP. NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO Bogotá D.C; Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>.
66. H H. Comportamiento de las lesiones por violencia intrafamiliar. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [serial on the Internet]. 2013.
67. SOCIAL MDLP. Aspectos Metodológicos para la construcción de línea de base para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá, Colombia2009.
68. Muñoz A TE, MayA Y, Aristizabal W, Insuasty A. Caracterización Psicosocial de las Familias del Barrio 20 de Julio Municipio de Urao Antioquia. 2009:1-294.
69. CIFUENTES A VY, RUIZ R. CARACTERISTICAS DE LA DINAMIC A FAMILIAR EN FAMILIAS DESPLAZADAS POR LA VIOLENCIA, USUARIAS DEL PROYECTO DE HOGARES COMUNITARIOS DEL BIENESTAR DEL SECTOR DE RANCHO GRANDE DE MONTERIA - CÓRDOBA Barranquilla, Colombia: UNIVERSIDAD DEL NORTE; 2008.
70. Ortiz M PM, Padilla E. Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. Cuba Universidad de la Habana; 2000.
71. SOCIAL MDSYP. Prevención de Enfermedades No transmisibles. Bogotá, Colombia2015.
72. BERNAL O FJ, VILLAMIL M, PINO R Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. Colombia2012.

Anexo B. Presupuesto.

Nombre/Profesión	Deberes	Horas	Valor por hora (\$8000)	TOTAL (\$)
<ul style="list-style-type: none"> • CARLOS MARLON ARCINIEGAS MARQUEZ • MARIA ALEJANDRA BENAVIDES MARCILLO • EDITH YAMILE DAZA DAZA • MARIA FERNANDA ERASO CABRERA: ESTUDIANTE S 	Revisión de Registros y documentación	150	1.200.000	6.400.000
	Realización de Informes	300	2.400.000	
	Realización de correcciones	150	1.200.000	
	Presentación de informes	100	800.000	
	Seguimiento	60	480.000	
	Imprevistos	40	320.000	
<ul style="list-style-type: none"> • DR.LUIS EDUARDO GONZALES • DR. TELLEZ: <p>ASESORES</p>	Asesoramiento Profesional	100	800.000	800.000
TOTAL				7.200.000

IMPLEMENTOS

152

Tipo de Implemento	Nombre	Costo por ítem (\$)	No. de ítems	TOTAL (\$)
De oficina	Escritorio	150.000	1	150.000
	Lapiceros	1.000	4	4.000
	Resma de papel	7.500	1	7.500
	Impresora	360.000	1	360.000
	Portátil	1.200.000	4	4.800.000
TOTAL				5.321.500

TRANSPORTE

Tipo de Transporte	Detalles	Costo/lda y vuelta (\$)	No. de viajes	TOTAL (\$)
Urbano Colectivo	Bus	1.200 x 1 vuelta	135	162.000
Urbano Individual	Taxi	3.800 x 1 vuelta	5	19.000
Particular	Moto	2.000 x 1 vuelta	135	270.000
TOTAL				451.000

SERVICIOS

Tipo de Servicio	Nombre	Costo por ítem (\$)	No. de ítems	TOTAL (\$)
Fotocopias	Fotocopias	50	10	500
Impresiones	Impresiones	100	10	1000

Llamadas celular	Llamadas	100	200	20.000
Internet	Banda ancha	36.000	4	144000
TOTAL				165.500

TOTAL DEL PROYECTO	
FINANCIADA POR LA FUSM	\$ 800.000
FINANCIADO POR LOS ESTUDIANTES	\$12.338.000
TOTAL FINANCIADO	\$13.138.000