

PLAN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A FAMILIAS EN CRISIS DE
DESPLAZAMIENTO DEL ASENTAMIENTO NUEVA ESPERANZA DE NEIVA

MARIA ORLINDA URREA MARROQUIN
MARILYN VARGAS REYES

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
POSTGRADO DE GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL
NEIVA
2005

PLAN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A FAMILIAS DESPLAZADAS DEL
ASENTAMIENTO NUEVA ESPERANZA DE NEIVA CON ENFASIS EN SALUD
FAMILIAR

MARIA ORLINDA URREA MARROQUIN
ROSA MARILYN VARGAS REYES

Tesis de grado presentada como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Gerencia en Salud Familiar Integral.

CISERON CUCHIMBA
Asesor

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
POSTGRADO DE GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL
NEIVA
2005

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	9
1. MARCO CONCEPTUAL	10
2. JUSTIFICACIÓN	24
3. METODOLOGIA	26
4. OBJETIVOS	27
5. UBICACIÓN DEL PLAN	28
6. POBLACION OBJETO	30
7. COMPONENTES DEL PLAN	31
8. DIAGNÓSTICO	33
8.1 SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN	36
8.2 VALORACIÓN DE LAS FAMILIAS OBJETO	46
8.2.1 Dinámica de Contextualización	46
8.2.2 Dinámica de Autoecoorganización	47
8.2.3 Dinámica de Autoecogobierno	48
8.2.4 Dinámica de Evolución familiar	49
8.3 Diagnóstico Financiero	50
9. ANALISIS DEL PERFIL DE DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS DE LA COMUNIDAD	51
10. PROGRAMACIÓN	52
10.1. PRESUPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN	57

11. INDICADORES DE EVALUACION	58
12. CONCLUSIONES	59
13. RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFIA	63

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Distribución de la población del Asentamiento Nueva Esperanza por rangos de edad y género. Neiva 2004	32
Tabla 2. Distribución por grupos de edad de los miembros de las familias valoradas. Neiva junio 2004	44
Tabla 3. Asignación presupuestal para el plan de atención básica PAB en el municipio de Neiva durante las vigencias 2002 al 2004	48
Tabla 4. Proyección presupuestal del plan al año 2007	57

LISTA DE GRÁFICOS

Pág

Gráfico 1. Pirámide poblacional Asentamiento Nueva Esperanza año 2004	33
---	----

LISTA DE CUADROS

Pág

Cuadro 1. Matriz DOFA

49

SUMARY

After being victims of the murder of their families and the distortion of their cultural identity, families that have been displaced bring with them many economical, emotional and social difficulties.

All these factors alter the community emotional stability of the families. This fact is evidenced in symptoms of posttraumatic stress, mourners, cultural root outs, family violence, child abuse, child work scholar desertion, delinquency, neighborhood conflicts, unemployment, and physical problems, especially due to nourishment and housing condition difficulties.

This the reality of the families from “Asentamiento Nueva Esperanza”, which is the aimed population of the current plan. This plan was structured based on the psychosocial care, looking for the solution of menthal health problems and the community development that these families go through.

The plan has its foundation in familiar health and goes from the principals objective to provide psychosocial care to the families that are in crisis of forced displacement and belong to the “Asentamiento Nueva Esperanza of Neiva”.

To achieve these purpose menthal health promotion strategies will be formulated according to the individual, familiar and community levels to offer emotional stability and to reconstruct better scenaries of socialization

Thus, this plan is structured in two projects:

1. Integral self care to families in crisis of forced displacement to strengthen the individual familiar and social self care practices in the affluenced community.
2. Health family schools, which pretends to empower the families for health promoting in the community, through the capacitation and certification as health families.

This two projects were based on a familiar diagnosis which permitted to characterized the benefited families and the in force legal framework.

RESUMEN

Las familias desplazadas traen con sigo dificultades de tipo económico, emocional y social, luego de ser victimas del asesinato de sus familiares , de la perdida de sus territorios y la alteración en su identidad cultural. Todos estos y otros dilemas dentro de las familias alteran la estabilidad emocional de la comunidad, lo que se evidencia en síntomas de estrés postraumático, duelos, desarraigo cultural, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, trabajo infantil, deserción escolar, delincuencia, conflictos entre vecinos, desempleo; además problemas de salud física especialmente por dificultades de desnutrición y por las precarias condiciones de la vivienda.

Es esta la realidad de las familias del Asentamiento Nueva Esperanza , población objeto del presente plan, el cual se estructuró en la atención psicosocial, en búsqueda de alternativas de solución a los problemas de salud mental y de desarrollo comunitario que soportan las familias.

El plan parte del objetivo principal de proporciona atención psicosocial a las familias en crisis de desplazamiento del asentamiento Nueva Esperanza de Neiva, fundamentándole en la salud familiar.

Para lograr dicho propósito se formulan estrategias de promoción de la salud mental que alcanzan niveles de intervención individual, familiar y comunitario para ofrecer estabilidad emocional y la reconstrucción colectiva de mejores escenarios de socialización.

Es así como este plan se estructura en dos proyectos:

1. Autocuidado integral a las familias en crisis de desplazamiento, que busca fortalecer las practicas de autocuidado individual, familiar y social en la comunidad desplazada.
2. Escuela de familias saludables, que pretende empoderar a las familias para la promoción de la salud al interior de su comunidad, mediante la capacitación y certificación como familias saludables.

Estos dos proyectos de basaron en un diagnostico familiar que permitió caracterizar la población beneficiaria; además del marco legal vigente.

INTRODUCCION

Sabiendo que el desplazamiento es un fenómeno social que afecta el desarrollo integral de muchas familias en nuestro país, las cuales por causa de la violencia tuvieron que dejar sus territorios, sus vivencias, sus orígenes y demás para sobrevivir. Este evento las lleva a ubicarse en territorios ajenos donde por lo general son rechazados, marginados y estigmatizados.

Las familias desplazadas traen consigo dificultades de tipo económico, emocional y social, ya que muchas veces sus familiares son asesinados, pierden sus territorios, su identidad cultural se ve alterada. Todas estas y otras problemáticas alteran la estabilidad emocional, familiar y comunitaria, las cuales se manifiestan a través de estrés postraumático, duelos, desarraigo cultural, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, trabajo infantil, deserción escolar, delincuencia, conflictos entre vecinos, depresión y problemas de salud física especialmente por carencia de alimentación y por las precarias condiciones de la vivienda.

Las familias del asentamiento Nueva esperanza, población objeto de nuestro plan, no son ajenas a estos padecimientos y es por esto que se estructuró un plan enfocado a la atención psicosocial, para contribuir al mejoramiento de la salud mental y social que soportan las familias a nivel individual y comunitario.

Es así, como este plan parte del objetivo principal de proporcionar atención psicosocial a las familias desplazadas del asentamiento Nueva Esperanza de Neiva, fundamentándose en la salud familiar integral. Para lograr dicho propósito se plantean estrategias de promoción de la salud mental, alcanzando niveles de intervención individual, familiar y comunitaria que ofrezcan estabilidad emocional y la reconstrucción colectiva de mejores escenarios de socialización.

La población a la cual se le brindará la atención psicosocial, son las familias desplazadas del asentamiento Nueva Esperanza de Neiva, cuyos integrantes oscilan en edades entre los 7 y los 60 años, de los dos géneros.

1. MARCO CONCEPTUAL

Los principales conceptos que se relacionan con la temática abordada en el proyecto son los de salud familiar, desplazamiento y otros complementarios, los cuales que sustentan y dan claridad , aquellos están relacionados con aspectos económicos, sociales, de salud pública, familiares, culturales y demás, que permiten abordar la familia de manera integral en cuestión de salud.

Salud, de la cual han surgido diferentes definiciones que han ido evolucionando, es así como René Dubos¹ en 1956, por ejemplo concibió la salud dentro de dos dimensiones, una física y otra mental; en este momento la concepción de la salud giraba en torno al modelo médico el cual describe a la salud como la ausencia de enfermedad. Contrarias a esta definición, se han concebido otras que integran, además la dimensión social, otros como la definición de la OMS y la de Milton Terris que reconocen, que “la salud no es meramente estar libres de enfermedades o incapacidades y por último una concepción en la cual se toma al ser humano como un ser total”², es decir una visión “Holística” que enfoca a la salud a través de las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependientes e integradas en el ser humano, el cual se interrelaciona con el mundo que lo rodea como una entidad completa.

Otros autores con el fin de lograr una definición más integral como es el caso del doctor David Bersh, plantean que la salud es un “proceso continuo, de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital en el hombre y cuyos efectos sobre dicho fenómeno se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en el cumplimiento de su fin último”³.

Son variadas las definiciones que sobre salud se han planteado, esto ha servido para aceptar que: La salud no es un estado sino un proceso, no es una utopía sino una realidad cambiante, no esta relacionada directamente con un concepto de normalidad, esta intrínsecamente unida a la enfermedad, supera el aspecto biológico involucrando lo psíquico y lo social, es decir, al hombre integral, enmarcada dentro los componentes de promoción y prevención

¹ Tomado de la página web: www.saludmed.com/salud/cptsalud/cptsaludcon.html.

² Tomado de la pagina web: www.cuidamosweb.com/asistencial/educacionparalasalud/tema1

³ BLANCO , Jorge H. y Maya José M. Fundamentos de la Salud Pública. Tomo I. Primera Ed. Medellín. 1997. Pag. 2.

Donde la promoción de la salud (término propuesto por Henry E. Sigerist en 1945) que se justificó en el hecho de admitir que “la salud va más allá de la relación médico-paciente y de los escenarios asistenciales, y que la salud se logra con el esfuerzo de los diferentes sectores sociales que busquen el mejoramiento de las condiciones de vida, del ambiente y de los servicios de salud”⁴.

Partiendo de esta base, la promoción de la salud es entonces, “la suma de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”⁵

Después de conocer el significado de promoción de la salud se hace interesante conocer en que forma este concepto se puede llevar a la acción, para esto la carta de Ottawa⁶ planteó 5 estrategias las cuales hacen referencia a:

- Elaboración de una política pública sana
- Creación de ambientes favorables
- Reforzamiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios.

Al observar dichas estrategias podemos darnos cuenta que estas están definidas para asegurar que la salud sea una responsabilidad a nivel social, comunitario, familiar y personal.

La salud familiar, implica todo cuanto tienen que ver con el funcionamiento y problemáticas de este conjunto humano desde una perspectiva biopsicosocial, englobando dos conceptos salud y familia. Definiéndose esta como el equilibrio entre los elementos internos y externos del núcleo de la sociedad y el nivel de interrelaciones entre sus miembros, sin separar la enfermedad de la persona, ni a esta de su medio ambiente y su grupo familiar. Reconoce que la salud y la enfermedad están fuertemente ligadas con la personalidad, la forma de vida, el medio ambiente físico y las relaciones humanas, relaciones influyen en la evolución del proceso salud-enfermedad.

La salud familiar da un valor fundamental a la familia para el desarrollo de la persona y es así como plantea diferentes principios que la describen, los cuales se refieren a lo siguiente:

⁴ Tomado de la pagina web: www.comminit.com/la/lasthsld-610.html

⁵ XIII Conferencia Sanitaria Panamericana.1990

⁶ carta de Ottawa, Canadá.1986

Cuidado Integral: Se relaciona con la intervención que debe darse a lo largo de la historia natural de la enfermedad teniendo en cuenta tanto el contexto individual, familiar y de comunidad, en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales para adelantar planes y acciones a nivel curativo, preventivo y promocional que garanticen la salud.

Continuidad de la atención: Implica responsabilidad longitudinal del paciente y su familia, esto ayuda a que se cree un vínculo afectivo a través de todos los eventos cargados de emoción (embarazo, nacimiento, enfermedad, muerte...), a percibir cambios (psicológicos y biológicos) en los pacientes correlacionando el contexto con los episodios de enfermedad. La continuidad compromete al tiempo, al espacio geográfico y a la dimensión interdisciplinaria. Por último esta permite una dinámica fluida y de confianza entre el paciente y el equipo, que facilita la mayor participación y seguimiento de las prescripciones y sugerencias.

La familia como objetivo de cuidado en Salud: La familia es un sistema esencial en la prevención de la enfermedad, recuperación, en la génesis y agravamiento de la enfermedad, ya que en su interior tienen su origen hechos como la constitución genética, los comportamientos, las actitudes, las enfermedades comunicables y demás. Las acciones que se emprenden para el logro de la salud, no solo se restringen a la familia, por el contrario se reconocen factores socioculturales que determinan el bienestar y se énfasis en el hecho de que la mayoría de las intervenciones se hacen con el individuo.

Compromiso con la persona y la familia: El campo de acción para la salud familiar es la persona y la familia cualquiera que sea el problema de salud, y aun más, sus acciones van dirigidas al mantenimiento de la salud de personas sanas. El problema de la salud debe solucionarse con ayuda del paciente, la familia y los otros recursos de la comunidad como expertos en otras disciplinas.

El profesional en salud familiar busca entender el contexto de la enfermedad: Haciendo caso a todos los entornos en los cuales interactúa el individuo para luego descubrir las posibles causas de las dolencias.

El profesional de la salud familiar aprovecha cada contacto con: Sus pacientes como una oportunidad para educar y prevenir, para poder hacerlo debe contar con una actitud de alerta que perciba los riesgos y oportunidades educativas, y con instrumentos que le permitan llevar sistemáticamente esas actividades.

El equipo de salud familiar mira a su población según el riesgo: Además del paciente que consulta, también tiene muy en cuenta y de forma sistemática a la familia como centro de atención. Los riesgos deben buscarse según el ciclo vital del individuo y la familia, las entidades prevalentes en la comunidad, la historia familiar según el estilo de vida.

El profesional debe desarrollar la capacidad de conocerse así mismo: Este principio plantea al profesional una gran responsabilidad que implica poseer un buen grado de introspección, lo cual exige conocer sus prejuicios, valores, concepciones culturales y religiosas, reacciones emocionales frente al estrés; todo esto para ser un facilitador y no un juez.

El profesional en salud familiar debe ser un buen administrador de recursos: Esto implica conocer la red de servicios de la comunidad, el paciente y su familia, utilizando todos los recursos a su alcance, incluyendo a los mismos miembros de la comunidad.

Interrelaciones: Tiene que ver con la relación, la habilidad el conocimiento y actitudes que debe adquirir para ser un buen observador, y consignar aspectos que van más allá de la descripción de los componentes y de las familias; mirar cuidadosamente todos y cada uno de los elementos que la conforman y su interacción dentro y fuera de ella. Esto es lo que hace que la familia sea vista como sistema, sea más que la suma de sus componentes.

En el contexto mundial, la salud familiar, adquiere hoy por hoy un gran reconocimiento, es así como la Unión Europea esta centrado su mirada en los médicos de cabecera, los médicos y las enfermeras de familia, resaltando la atención primaria en salud, aprovechando y maximizando los recursos del sistema sanitario público, la administración y la participación de los usuarios, y teniendo a los cuidadores de los pacientes como aliados del equipo de salud; respondiendo a la necesidad de atender nuevos retos como la afluencia de personas inmigrantes no censadas, la defensa de derecho a recibir servicios de salud por fuera de la rigidez de los horarios de consulta. Se espera que en 6 o 8 años el 50% de los médicos sean médicos de cabecera.

En América los modelos de atención en salud familiar a mostrar en todo el continente son el Canadiense y el Cubano.

En Cuba, se destaca la extraordinaria importancia del médico de familia para el desarrollo de la salud pública, de allí nació el concepto de medicina general

integral el cual permitió la atención cuantitativa, creando un sistema de atención con sensibilidad humana basado en la promoción y prevención, desarrollando indicadores en salud pública como disminución de la mortalidad infantil y materna, disminución de la morbilidad por inmunoprevenibles. El médico y la enfermera de familia tienen como misión al ingresar a la comunidad, conocer sus salud, identificar los factores condicionantes, comportamientos socioculturales, detectar variables epidemiológicas y coordinar las acciones con el subsistema en el área, asistir a la población del territorio asignado las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

En el resto de países de América Latina y el Caribe, los sistemas de salud en la actualidad están inmersos en procesos de profundas reformas condicionadas por factores de tipo económico, social, político, demográfico y epidemiológico. Sin embargo como un común denominador en todos ellos es la percepción de que los esquemas hegemónicos de prestación de servicios con fines meramente curativos, con alta tecnologías no pueden ser sostenidos con los presupuestos destinados al sector salud. Y a ello se añade que la población no se siente satisfecha con la atención recibida.

El sistema familiar es el contexto en donde el individuo más que en otros espacios, vive, se desarrolla, aprende y en general evoluciona en todos los aspectos. La perspectiva sistémica de la familia, según la cual esta es un sistema social natural, en la medida en que esta constituida por una red de situaciones; es natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene características propias en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que logre reemplazarla como fuente de satisfacción de necesidades psicoactivas tempranas de todo individuo.

Otra de las características que privilegia a la familia con respecto a las relaciones con otros contextos, es el de poseer una serie de lealtades entre sus miembros cuya intensidad a pesar de que fluctúa a través de los años, la distinguen. En la familia se gestan elementos esenciales para la socialización del individuo, como lo es el apego afectivo, donde el afecto no solo favorece fenómenos de vinculación al núcleo familiar sino que se constituye en un instrumento de control, en el buen sentido, o de manipulación cuando es mal usado en las relaciones intrafamiliares.

Como sistema la familia, se asocia al principio de sumatividad, en cuanto a que el todo es mayor y diferente a la suma de sus partes, por tanto son de mayor importancia los patrones de conexión, convivencia y comunicación y no solo el desempeño individual.

El sistema familiar tiene unos límites que constituyen su perímetro, ellos tienen la función de contener a sus integrantes, protegerlos de presiones exteriores, y controlar el flujo de información que entra y sale en sus interacciones con el entorno, con el fin de conservar unidos a sus miembros y el sistema estable.

De igual manera la familia se ajusta al principio de causalidad circular, en cuanto a que siendo un grupo de individuos interrelacionados, un cambio en uno de ellos afecta a todos los demás miembros y por ende al sistema, cada acción en esta, es a la vez una reacción, y por lo tanto la causa de las dificultades no se busca desde la perspectiva lineal, intentado encontrar un evento traumático, sino que se debe al principio de equifinalidad, el cual asume que el mismo origen puede llevar a diferentes resultados y el mismo resultado puede surgir de diferentes orígenes.

En los modelos tradicionales de familia, los hijos han ocupado un espacio subsidiario dependiente, hoy por hoy, la evolución social, el desarrollo y la igualdad de derechos tanto para el hombre como para la mujer, la globalización, el ingreso de la mujer al mundo educativo, laboral y político, han llevado a la familia hacia una condición menos patriarcal y más democrática, y aun con las diversas tipologías familiares se constituye en el núcleo de convivencia y comunicación interpersonal de todos sus miembros; cada uno de estos dispone de un lugar dentro del sistema, y al mismo tiempo es protagonista frente al resto de su grupo familiar, de ahí la familia, adquiere así su dimensión como entorno personalizador, y la vez socializador, potenciando la dimensión personal, los valores individuales y al mismo tiempo socializando e introyectando los valores colectivos, constituyéndose en el núcleo donde se gesta el tejido social.

La familia posee un dinamismo emocional, espiritual y social que surge no solo de sus miembros y de las cambiantes etapas que cada quien experimenta en su existencia, sino de la expresión conjunta de sentimientos, conductas y emociones como grupo.

Es así como Jackson en 1965, consideró que la “dinámica familiar debe ser entendida y valorada como una colección de impulsos, pensamientos, emociones y actos positivos o negativos, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que este como unidad funcione o no. De esta forma, cada miembro de la familia, producirá entre ellos acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de angustia o tensión”⁷.

⁷ Tomado de la pagina web: www.geocities.com/hiponiqueo/family.html#q2

Estas últimas situaciones se hacen evidentes por medio de las crisis cuando en el núcleo se ve perturbada su dinámica cotidiana, las cuales alteran el equilibrio o las estructuras familiares. Se identifican así, dos tipos de crisis en el sistema familiar, unas son las normativas, que están relacionadas con el paso de una fase evolutiva a otra por ejemplo: nacimiento de hijo; y las no normativas, que se refieren a sucesos inesperados. Esta clase de crisis se puede dar por adición, por pérdida o abandono y por cambio de estatus familiar ; dichas crisis benefician el desarrollo y evolución del sistema, además generan cuestionamientos acerca de su funcionalidad, del ejercicio de roles y del abordaje de las situaciones adversas o de conflicto.

El sistema familiar, ha tenido que superar, además, diferentes crisis a nivel social que han sido consecuencias de los diferentes fenómenos que experimenta la sociedad época tras época; tales crisis han generado transformaciones de la familia en sus funciones, composición, ciclo vital y en el ejercicio de roles.

A pesar de todas las transformaciones, en la familia a sobrevivido una de las más importantes funciones, la de ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros, en especial para los hijos. Por el contrario otras funciones que desempeñaba la familia (trabajo, educación, formación religiosa, actividades recreativas y demás) hoy son realizadas por otras instituciones. Es así como el trabajo por ejemplo, se realiza fuera del grupo familiar, en ocupaciones lejos del hogar; así mismo la educación es proporcionada por el estado o grupos privados. Aun frente a estas circunstancias, la familia sigue siendo la responsable de la socialización, aunque en esta actividad, los amigos, vecinos, compañeros y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante.

En la familia, la composición ha cambiado de forma drástica a partir de situaciones como el cambio en el rol de la mujer, pues ella ingresa al mercado laboral en cualquier etapa de la vida, por lo que sus expectativas se dirigen hacia la satisfacción personal.

Las familias que se consolidan hoy por hoy, poseen menos número de miembros, el prototipo de familia nuclear evoluciona en parte hacia unas estructuras modificadas que incluían a las familias monoparentales, ya que no son consecuencia del fallecimiento de unos de los padres sino por efecto de divorcios y otras situaciones. Sin embargo muchas familias monoparentales se constituyen en familias con padre y madre a través de un nuevo matrimonio o de la constitución de una pareja de hecho.

Otra transformación en este sistema, esta relacionada con el tipo unión, pues muchas familias prefieren vivir juntas, sin ningún tipo de compromiso legal; con respecto a la elección de una pareja para la unión se identifican novedades, es el caso de las parejas homosexuales, que viven como una familia compartiendo en ocasiones sus hogares con los hijos de una de las partes o con niños adoptados.

Al haber abordado el sistema familiar referenciado sus diferentes características, funciones, crisis y transformaciones se pueden identificar los principales factores protectores y de riesgo, que iluminan las diferentes acciones dirigidas a intervenir a la familia integralmente.

Es así como los factores protectores en la familia los que se refieren a las características que benefician el interactuar, el desarrollo, la evolución de todos sus miembros. Estos elementos se gestan dentro del sistema y son el resultado de la buena comunicación, el amor superación de diferentes dificultades entre otras. “Entre los principales encontramos:”

- Padres bien diferenciados de su rol
- Coalición parental firme: poder compartido y consenso en la toma de decisiones
- Separación clara de límites generacionales
- Comunicación clara y abierta, Apertura al dialogo
- Control flexible sobre la conducta (negociación)
- Autoridad con margen prudente de libertad, respeto a la autonomía e individualidad
- Afecto incondicional, calidez en el trato.
- Desarrollo del sentido del humor.
- Fomento de actitud de confianza.
- Fomento de la formación de valores, actitudes, hábitos y demás,
- Existencia de normas y límites claros con respecto a las conductas.
- Padres poseen una postura clara frente a las relaciones sexuales tempranas y están bien informados sobre el tema.
- Se comparten gustos, diversiones y tiempo en forma adecuada.

Algunos factores de riesgo a los cuales se expone la familia, se relacionan con:

- Desintegración familiar
- Inestabilidad en el grupo familiar, relaciones interpersonales conflictivas
- Conflictos entre progenitores, discusiones conyugales
- Dificultades en la comunicación
- Estilos parentales extremos: muy autoritarios – muy permisivos
- Carencia de afecto o dificultad para su expresión
- Violencia como parte de la interacción familiar

Otro modelo es el biopsicosocial, propuesto por Engel⁸ en el año de 1977 que amplía su visión del proceso salud – enfermedad, incluyendo científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad, este modelo se fundamenta en la teoría general de los sistemas y no pretende ser mejor que el anterior, solo servir para explicar más fenómenos que este.

El hecho es que, para este modelo, las barreras entre salud y enfermedad no son claras; tanto así que la salud no es un producto ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual constantemente interactúan los sistemas biológico, psicológico, social, cultural familiar y ambiental de salud, ya que no sería solo curar enfermedades, sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que se enferma en su contexto vital.

Otro aspecto relevante del modelo biopsicosocial, es el que le concede integrar a la familia en un plan de atención integral donde la interdisciplinariedad juega un papel de vital importancia dentro del equipo de salud. De tal manera que la perspectiva ecosistémica es imprescindible para que el profesional de la salud se considere parte de la narrativa familiar, aportando con sus saberes científicos y técnicos y al mismo tiempo conquistando conocimientos sobre la familia y de la comunidad. A partir de la red de relaciones más específica la teoría general de los sistemas descrita por Von Bertalanfy (1966), propone que “un sistema es un conjunto de objetos y sus atributos que se relacionan entre si, dando origen a una entidad, que es más que la suma de sus partes”⁹. Este modelo se caracteriza por aspectos como la totalidad los mecanismos de control y la equifinalidad.

Cuando se hace referencia a la totalidad, se quiere decir que cada parte del sistema esta relacionado con las otras y que cualquier cambio en una de las partes, afectará también a las demás. En ese sentido el sistema es un todo organizado, por tanto las relaciones entre los elementos son más importantes que los atributos de cada uno de ellos.

En cuanto a los mecanismos de control del enfoque ecosistémico, cabe anotar que estos apuntan a procesos de autorregulación que aseguran la supervivencia de un sistema, estableciendo equilibrio entre estabilidad y cambio y entre homeostasis y morfogénesis.

⁸ Tomado de la pagina web: www.encolombia.com/medicina/academedicina/n-o4ceitlin.htm

⁹ VON BERTALANFY, Ludwig. Teoría general de los sistemas: Foundations, development, aplicaciones, George Braziler INC. Nueva York. 1968.

Uno de los contextos donde interactúa el individuo es el comunitario, en el se comparten aspectos como: territorio, vivencias, costumbres, carencias, necesidades, recursos, servicios, problemas y posibilidades entre otros. Además existen elementos que facilitan la unidad permitiendo a sus miembros tomar decisiones y actuar conjuntamente.

Al respecto de Ezequiel Ander – Egg, expresa: “La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común; con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de las personas interactúan más intensamente entre si, que en otros contextos¹⁰

Esta propuesta describe a la comunidad desde una mirada parcial, en donde la interacción del individuo dentro de ella es “armónica”, pero al observar con otra lente a la comunidad nos damos cuenta que también existen desacuerdo s diferencias, intereses particulares, conflictos que de una u otra forma hacen parte de la dinámica comunitaria.

Una noción que sustenta la anterior idea es la de David Werner: “La mayoría de las comunidades no son homogéneas (todas iguales). Muchas veces una comunidad es un pequeño reflejo local de la sociedad más grande o país en el cual ella existe. La idea de que las personas trabajan bien juntas, simplemente por ellas viven juntas es un mito. Existen en todas las comunidades factores de armonía e interés compartidos, pero también elementos de conflicto”.¹¹

Así la comunidad posee elementos que la conforman y permite su desarrollo, ellos son:

Estructura de la comunidad: Son las diversas formas de organización que se gestan dentro de ella, que pueden ser informales (vecinos, grupos de amigos), o formales (juntas de acción comunal, cooperativas, asociaciones), además de sus manifestaciones de liderazgo y las formas de división social del trabajo.

¹⁰ ANDER – EGG. Ezequiel. Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad. Editorial. México: Ateneo. Pág. 19

¹¹ WERNER, David y BOWER, Bill. Aprendiendo a Promover la Salud. IV Reimpresión. California: Fundación Hesperian, 1991. Pág. 125.

Infraestructura: Son las condiciones de vida fundamentalmente en los aspectos físicos y geográficos tales como topografía, clima, hidrografía, vivienda, acceso a los servicios públicos, transporte, puestos de salud, y todo lo que tiene que ver con obras civiles.

Supraestructura: Son todas las manifestaciones simbólicas, expresiones culturales, formas de pensar sobre la realidad, historia, arte, costumbres, creencias, ideas sobre el mundo y el sentido de la vida.

Dichos elementos están en continua interacción con otros fenómenos particulares según la comunidad. La anterior descripción de comunidad, no solo nos permite conocer diferentes aspectos a la hora de acercarnos a ella, sino que también nos lleva a precisar un diagnóstico claro y congruente según las situaciones de la comunidad a intervenir; así como de las acciones pertinentes a adelantar con la comunidad.

Teniendo en cuenta que el proceso de intervención a desarrollar en salud familiar, se circunscribe a un entorno en la comunidad Nueva Esperanza, es pertinente hacer un análisis de participación comunitaria, la cual es entendida como una de las formas de intervención social, que le permite al ser humano reconocerse así mismo como actor, y ser protagonista de su propia historia y la de su entorno, que al compartir una situación determinada, en conjunto con sus coterráneos, y al aunar esfuerzos y recursos materiales e inmateriales, pueden identificarse a partir de intereses, expectativas y demandas comunes, traducándose en actuación colectiva, adquiriendo compromisos frente a las decisiones que de alguna manera a todos les atañe.

Para que exista una verdadera participación comunitaria, se requiere “querer y valorar la comunidad y su entorno por parte de sus miembros; también el querer la sabiduría y la experiencia de todos y cada uno de los actores de ésta, las necesidades y soluciones de las mismas, las cuales están inmersas dentro del ámbito del que se hace parte y se participa; para de esta forma incidir de manera positiva en la toma de decisiones, es decir, se hace necesario tener un conocimiento, una motivación y un alto grado de sentido de pertenencia.

Es así como la participación comunitaria se traduce en todas aquellas acciones ejecutadas colectivamente, en el marco de una realidad circundante, por los integrantes de esa colectividad, en la búsqueda de soluciones a las necesidades sentidas dentro de la vida cotidiana, aquí pueden o no contar con la participación

del estado, y en ella se involucran relaciones de poder, las que siempre deben estar fundamentadas en la concertación y la convivencia.

No todos los procesos de participación comunitaria tienen el mismo propósito, pudiéndose encontrar la participación para la acción, la información, la consulta, la concertación, la toma de decisiones y la gestión.

Dentro de este documento es preciso abordar otras definiciones que son inherentes a las familias a intervenir, y que de una u otra forma estén implícitas dentro del plan a desarrollar, pues se trata de familias con alto grado de vulnerabilidad, no solo por su ubicación GEO-espacial, sino por su situación de desplazamiento y condiciones de vida deprimentes.

Las personas vulnerables, son aquellas que por su condición de edad, situación económica, ubicación geográfica, nutrición, estado de salud, están a riesgo. Se tienen dentro de este concepto, todas las personas que están expuestas a situaciones que amenazan su supervivencia o su capacidad de vivir con un mínimo de seguridad social, económica y de dignidad humana.

De acuerdo a lo establecido en las normas vigentes, **desplazado** es toda persona que ha sido forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su lugar de residencia, o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad ha sido vulneradas o están en peligro por estar amenazadas, con ocasión de cualquiera de cualquiera de estas situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario y otras circunstancias generadas por las situaciones descritas.

La Población Desplazada se refiere a las personas o grupos de personas que se ven obligados a abandonar sus viviendas, su trabajo, etc., a causa de amenaza y/o ataques contra su vida y la de su familia, dentro del marco del conflicto armado.

El desplazamiento posee direndentes fases del desplazamiento, las cuales se han definido como diferentes momentos que viven las personas en situación de desplazamiento, con características de vida y necesidades distintas, y se han determinado con el fin de brindar la atención que requiere dicha población desde la amenaza de éxodo hasta la estabilización socioeconómica.

Así mismo el impacto psicosocial, se refiere a los efectos que los hechos violentos generan en el ámbito psicológico a nivel familiar y social. En el ámbito psicológico el impacto del hecho violento puede llegar a sobrepasar los mecanismos internos de protección generando traumatismo, es decir, deterioro paulatino o abrupto del proceso normal de desarrollo de la estructura psíquica.

En el ámbito familiar, la violencia puede desestabilizar hasta romper el núcleo modificando los roles y las estructuras obligando a la familia a generar conductas adaptativas disfuncionales, haciéndole perder su capacidad de protección a sus integrantes. En el ámbito social genera incapacidad política para afirmarse en un proyecto democrático de construcción.

En general la violencia impacta la salud mental de individuos y grupos incapacitándolos en la búsqueda de su bienestar. Al perder la capacidad de apropiarse del espacio de la vida cotidiana y la cultura.

Riesgo psicosocial, se define como la pérdida de la capacidad en forma individual y/o colectiva para lograr bienestar psicológico y social, implicando bloqueo o deterioro en el desarrollo personal, familiar y comunitario. De tal forma puede observarse en personas o grupos bloqueo en las reacciones espontáneas, relaciones interpersonales y limitación en actitudes de afianzamiento, afirmación y apropiación de una propuesta de vida que incapacita la generación y participación en proceso de desarrollo.

Prevención y manejo del riesgo psicosocial, se refiere a la adopción de mecanismos orientados a evitar y controlar el impacto y las consecuencias producidas por la violencia en ámbito psicológico individual, familiar y comunitario. Comprende acciones educativas y del estímulo de la capacidad para desarrollar conductas que lleven al mejoramiento de la calidad de vida, identificación, registro y control de los factores de riesgo para disminuir la vulnerabilidad, definición de alternativas para la reconstrucción o reorientación de los proyectos de vida, proyectos de desarrollo individual y social.

Con la elaboración del diagnóstico del perfil psicosocial, se pretende implementar un plan de intervención psicosocial ajustado a la realidad de la población en situación de desplazamiento.

Salud mental, se refiere al estado de bienestar integral que se manifiesta en la capacidad de adaptación en la elaboración y manejo adecuado de los eventos traumáticos permitiéndole al individuo lograr su recuperación emocional, la búsqueda de alternativas de mejoramiento de su calidad de vida y de desarrollo.

Rehabilitación psicosocial, es un proceso integral y permanente con el fin de proporcionar la herramientas a los individuos, la familia y la comunidad para reestablecer su capacidad de desarrollo, en las esferas psicológicas, sociales y funcionales, de tal manera que puedan retomar su proyecto de vida. Este proceso debe diseñarse acorde con el perfil psicosocial de la población a intervenir, incluyendo actividades terapéuticas, es decir, la aplicación de técnicas psicológicas y sociales específicas para la recuperación emocional, familiar y del tejido social de las comunidades.

2. JUSTIFICACIÓN

La presencia de personas en condición de desplazamiento forzado por la violencia, es una situación generalizada a escala nacional, que inclusive trasciende las fronteras, observándose el desplazamiento de personas presionadas por la violencia hacia Venezuela, Ecuador y Panamá. Constituyéndose en Colombia, en una problemática de grandes dimensiones sociales que afectan un porcentaje significativo de personas provenientes en su mayoría del área rural, y a su vez se convierte en factor epidemiológico que incide de manera negativa en salud pública.

El desplazamiento de personas forzado por la violencia, se incrementa año tras años “Se calcula que cada hora se desplazan cuatro hogares en Colombia, por causas de la violencia. El 53% de las víctimas son mujeres y el 47% hombres. Del total de desplazados el 54% son menores de edad niños y niñas. Donde la mayor responsabilidad termina recayendo en las mujeres cabeza de familia, que quedan viudas y huérfanas, teniendo que soportar la carga del hogar”. En relación con la salud sexual y reproductiva se encuentra que la tasa de fecundidad es de 5.8 comparada con la tasa nacional que es del 2.6, el 30% de las adolescentes entre 13 y 19 años han estado embarazadas por lo menos una vez.

Situación que continúa siendo álgida, por cuanto no se le ha dado un manejo que satisfaga las necesidades básicas de la población afectada, la cual amerita una atención continua e integral.

El desplazamiento forzado por la violencia produce efectos severos en la vida familiar y en cada uno de los integrantes de los hogares, los cuales se ven forzados a desarrollar procesos acelerados de organización / reorganización, con cambios abruptos en el desempeño de roles y responsabilidades. Y en el afán de suplir las necesidades físicas y materiales, las necesidades emocionales y los efectos psicosociales generados por el desarraigo, el miedo las pérdidas, los procesos de duelo no elaborados son relegados a un tercer plano sin recibir la atención que requieren.

En la dinámica familiar, el desplazamiento puede llegar a desestabilizar y romper el núcleo de la sociedad, modificando roles y estructuras, obligando a la familia a asumir conductas adaptativas, pero que de alguna manera la hacen disfuncional

como por ejemplo, la consecución de recursos para su subsistencia en el subempleo, la mendicidad, prostitución y actos delictivos, haciéndole perder la función protectora de sus miembros.

Como factor determinante en la salud pública, el desplazamiento produce impacto negativo en varias dimensiones: en el ámbito individual, afecta la salud física y mental, el proyecto de vida se ve truncado, hay pérdida de la cotidianidad y el contexto, se vulnera la integridad física y emocional, presiones familiares para aportar recursos. En el ámbito familiar, se evidencia pérdida, cambio o superposición de roles, cambios prematuros en el ciclo vital, mayor exposición de los miembros a situaciones conflictivas. En relación con el entorno social y comunitario hay ausencia del sentido de pertenencia y grupos de referencia, desarraigo, desempleo y condiciones habitacionales inhumanas, hacinamiento que favorecen la violencia sexual, carencia de oportunidades y etiquetamiento.

La situación descrita, revela necesidades meritorias no sólo en el aspecto biomédico sino también psicosociales en las personas en situación de desplazamiento, donde su atención debe ser concebida desde un modelo biopsicosocial con enfoque familiar, que apunte al mejoramiento de la calidad de vida, mediante un plan atención a familias desplazadas con énfasis en la intervención psicosocial; el cual se propone para la atención a los residentes en el Asentamiento Nueva Esperanza de la ciudad de Neiva. Ya que la capital huilense no es ajena a esta situación y es ella un municipio receptor de desplazados de dentro y fuera del departamento.

3. METODOLOGÍA

La metodología propuesta para el desarrollo del plan es la analítico- descriptiva, en consecuencia, para obtener la información sobre las características de las familias dentro de su contexto comunitario y social, se hizo uso de instrumentos como, un formato de historia clínica familiar basada en el enfoque ecosistémico, que proporcionó información relacionada, con el contexto socioeconómico y cultural, con las diferentes dinámicas evolutivas de las familias, con los antecedentes de enfermedad al interior de las familias y con otros aspectos no menos importantes. Además, se utilizaron otras estrategias como la observación directa gracias a las visitas comunitarias.

Toda la información hallada, se organizó y analizó en relación con el enfoque anteriormente citado, partiendo del hecho de que la salud es un proceso en el cual intervienen factores de carácter biológico, psicológico y social.

4. OBJETIVOS

GENERAL

Estructurar un plan de atención psicosocial a familias desplazadas del asentamiento Nueva Esperanza de Neiva, teniendo como eje principal la salud familiar integral y el mantenimiento de la salud en todos los ciclos vitales..

ESPECIFICOS

- Realizar actividades que proporcionen apoyo psicológico, orientado a reducir el impacto emocional del desplazamiento, tanto a nivel individual, familiar y comunitario.
- Promover procesos de reconstrucción de identidad familiar y social.
- Sensibilizar e informar lo relacionado a los efectos psicosociales del desplazamiento.
- Promover el intercambio de experiencias, para reflexionar e identificar aprendizajes y dificultades en el proceso de recuperación emocional y social.
- Generar la adopción de estrategias de afrontamiento del desplazamiento, provocando la utilización de recursos individuales, familiares y comunitarios.
- Fomentar el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario.

5. UBICACIÓN DEL PLAN

Las familias a intervenir, se ubican en el asentamiento Nueva Esperanza aledaño al Asentamiento Falla Bernal (actualmente en proceso de legalización de sus predios por parte de la Alcaldía Municipal), y la urbanización Chicalá, en la Comuna Uno (1) de la ciudad Neiva. Nueva Esperanza, es un pequeño asentamiento ubicado sobre la orilla del Río Magdalena, al noroccidente de Neiva, la topografía del terreno es irregular; su vegetación es principalmente nativa, observándose árboles de cámbulo, gualanday, iguá, guarumo, plantas de plátano. En medio de sus precarias condiciones, algunas familias cultivan en mínima cantidad hortalizas para su propio consumo.

Por encontrarse ubicada dentro de la ciudad de Neiva, posee su mismo clima, es decir, temporadas de invierno y largas períodos de sequía; con una temperatura que varía desde los 25 grados centígrados hasta 38 y más.

El asentamiento no dispone de vías de acceso, se ingresa a la zona a pie o en bicicleta. Por su condición de marginalidad, no cuenta con medios de comunicación como T.V. y similares.

Se observa presencia de mosquitos y zancudos en bastante cantidad. De acuerdo con versiones de las amas de casa del lugar entre los niños y adolescentes hay una alta incidencia de pediculosis y escabiosis. Igualmente es evidente una alta inseguridad alimentaria.

La población objeto se localiza en el área urbana, corresponden en su totalidad a la etnia mestiza; son familias que han sido expulsadas de departamentos como Tolima, Caquetá, Putumayo y algunos municipios del Huila.

Las viviendas están construidas en materiales perecederos como cartones, plástico, tablas, etc. Los pisos son en tierra. Carecen de servicios públicos domiciliarios, para iluminar utilizan velas, el agua es tomada de conexiones fraudulentas de los barrios vecinos. Como combustible para la cocción de los alimentos es empleada la leña. Las excretas son arrojadas a campo abierto o al río, pues no disponen de letrinas ni baterías sanitarias, al igual que las aguas servidas y los residuos sólidos.

No cuenta con lugares de atención comunitaria como UROCs y UAIRACs. Los niños y niñas que en medio de las precarias condiciones su mayoría, asisten al Centro Docente la Contraloría ubicado en el barrio Cándido, para lo cual se transportan a pie. Para acceder a los servicios de salud deben desplazarse hasta los centros de Salud de Cándido y la Inmaculada o hasta la E.S.E. Carmen Emilia Ospina del Barrio Las Granjas, situación que dificulta su asistencia a los servicios de salud, ya que refieren que no disponen de dinero para desplazarse a dichos centros de atención. La población adulta en su mayoría es analfabeta o semianalfabeta.

Al no contar con sitios de esparcimiento y recreación, algunos niños y jóvenes acuden al polideportivo del barrio Chicalá, en tanto que los adultos se limitan a reunirse dentro de la misma zona para tratar temas relacionados con su situación. En lo relacionado con la cultura, se encuentra que por ser familias procedentes de diferentes lugares del país, como grupo no tienen un arraigo cultural que los identifique.

Todos sus habitantes son de extracción campesina y nivel educativo bajo, lo cual les genera dificultades para su desempeño en la ciudad. No disponen de empleo y su sustento se basa en la ocupación informal, como recicladores, oficios domésticos, vendedores ambulantes y en las plazas de mercado transportando bultos, aunque de manera esporádica; porque en general el desempleo reina entre sus habitantes.

Con relación a la situación de orden público, sus habitantes refieren que se vive en una tensa calma, ya que la inseguridad ha hecho que algunos de sus líderes se encuentren amenazados, además advierten que por la zona suelen transitar personas armadas sin que se conozca a cual de los actores del conflicto armado pertenecen, generando preocupación y zozobra. A estas situaciones se suman problemáticas de disfunción en la dinámica familiar, como maltrato infantil violencia conyugal, trabajo infantil, carencia de proyectos de vida, deserción escolar, entre otros.

Son familias con un alto grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y vulnerabilidad; para recibir servicios de salud, son atendidos con el registro único nacional de desplazados, lo que de alguna manera les representa mayores garantías en salud y comparados con las personas que se encuentran en calidad de vinculados.

6. POBLACIÓN OBJETO

Teniendo en cuenta que la distribución poblacional de los habitantes del asentamiento Nueva Espera según grupo de edad y género, es la siguiente, como lo muestra la tabla No 1.

Donde el grupo etáreo que mayor población posee es de 5- 19 años representado por 49 personas que equivalen al 54%; situación que genera inquietud puesto que muestra una cantidad representativa de jóvenes que probablemente por sus condiciones socioeconómicas y ubicación geográfica, se encuentran expuestos a riesgos psicosociales tales como drogadicción, delincuencia, prostitución, además a infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos entre otros.

La anterior información permite darnos cuenta que en general la comunidad objeto está conformada por población infantil, prejuvenil y juvenil; donde se evidencia que la población adulta es poca, donde el grupo etareo de mayor edad se encuentra entre los 55 y 59 años, por tal razón será esta la población sobre se hará la intervención psicosocial.

7. COMPONENTES DEL PLAN

Como se ha planteado inicialmente, los principales componentes que orientaran las acciones que se pretenden realizar, son la promoción y prevención, dichos componentes permitirán abordar los diferentes dilemas a nivel psicológico y social que existen en la población. Así mismo, estos componentes, permitirán adelantar acciones en compañía de la comunidad, para la adquisición de mejores estilos y condiciones de vida que generen el desarrollo y bienestar individual, familiar y social.

Es así, como en promoción se pretenden adelantar acciones tendientes a:

- a) La adopción de hábitos y comportamientos que faciliten la convivencia pacífica.
- b) Al fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario.
- c) La reconstrucción de la identidad familiar y social.
- d) La adopción de estrategias para afrontar el desplazamiento, mediante la utilización de recursos propios tanto individuales, familiares, comunitarios y del medio.
- e) La adquisición de alternativas pacíficas de resolución de conflictos.

En prevención se quieren efectuar acciones destinadas a:

- a) Disminuir la violencia intrafamiliar
- b) Reducir el maltrato infantil.
- c) Mejorar la salud mental individual, familiar y comunitaria.
- d) Reducir la agresión física, verbal y psicológica en la comunidad.

Dichas líneas de acción están enmarcadas dentro Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 “Hacia un estado comunitario” aprobado por la ley 812 de junio 26 de 2003. Al igual que el plan departamental de desarrollo “Huila unido”, así como el plan de desarrollo municipal “Haciendo el Cambio” que dentro de sus acciones los programas como: recuperación nutricional, Guipas saludables, cardiovascular, agricultura urbana, entre otros.

De acuerdo con lo anterior, se plantea el siguiente diagnóstico el cual justifica las acciones a desarrollar.

8. DIAGNÓSTICO

Las familias a intervenir, se ubican en el asentamiento Nueva Esperanza aledaño al Asentamiento Falla Bernal (actualmente en proceso de legalización de sus predios por parte de la Alcaldía Municipal), y la urbanización Chicalá, en la Comuna Uno (1) de la ciudad Neiva. Nueva Esperanza, es un pequeño asentamiento ubicado sobre la orilla del Río Magdalena, al noroccidente de Neiva, la topografía del terreno es irregular; su vegetación es principalmente nativa, observándose árboles de cámbulo, gualanday, iguá, guarumo, plantas de plátano. En medio de sus precarias condiciones, algunas familias cultivan en mínima cantidad hortalizas para su propio consumo.

Por encontrarse ubicada dentro de la ciudad de Neiva, posee su mismo clima, es decir, temporadas de invierno y largas períodos de sequía; con una temperatura que varía desde los 25 grados centígrados hasta 38 y más.

La zona no posee una hidrografía propia, es cruzada por una fuente de agua que de acuerdo con los habitantes del sector, es un vertedero de agua del lavadero de carros que queda en la avenida principal.

En relación con los aspectos poblacionales se encuentra, que sus habitantes se distribuyen según grupo de edad y género, como lo muestra la tabla 1.

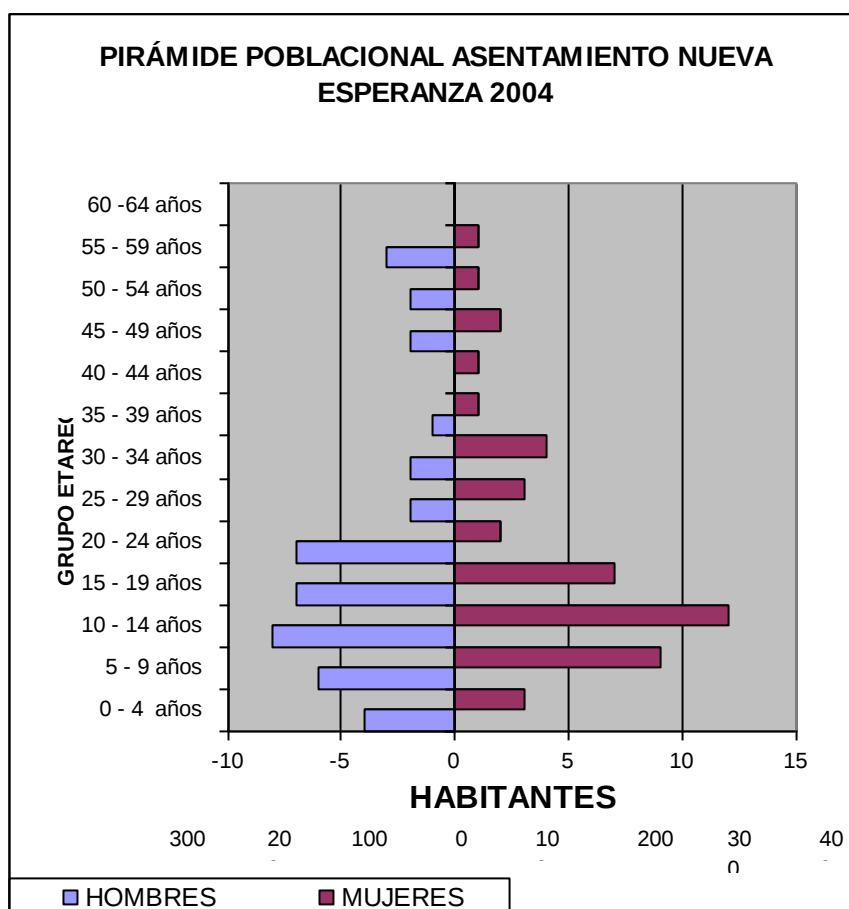
Tabla No.1 Distribución de la población del Asentamiento Nueva Esperanza por rangos de edad y género. Neiva 2004

GRUPO ETAREO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL No.	TOTAL%
	NUMERO	%	NUMERO	%		
0 - 4 años	4	9.09%	3	6,52%	7	7,77%
5 - 9 años	6	13.63%	9	19,57%	15	16,66%
10 - 14 años	8	18.18%	12	26,09%	20	22,22%
15 - 19 años	7	15.90%	7	15,22%	14	15,55%
20 - 24 años	7	4.54%	2	4,35%	9	10,00%
25 - 29 años	2	4.54%	3	6,52%	5	5,55%
30 - 34 años	2	2.27%	4	8,70%	6	6,69%
35 - 39 años	1	0.00%	1	2,17%	2	2,22%
40 - 44 años	0	4.54%	1	2,17%	1	1,11%
45 - 49 años	2	4.54%	2	4,35%	4	4,44%
50 - 54 años	2	6.81%	1	2,17%	3	3,35%
55 - 59 años	3	0.00%	1	2,17%	4	4,44%
60 -64 años	0	0.00%	0	0,00%	0	0,00%
65 - 69 años	0	0.00%	0	0,00%	0	0,00%
70 - 74 años	0	0.00%	0	0,00%	0	0,00%
75 -79 años	0	0.00%	0	0,00%	0	0,00%
80 - 84 años	0	0.00%	0	0,00%	0	0,00%
mayor 85	0	0.00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	44		46		90	100,00%

Fuente: Encuestas de línea de base Proyecto APS Cruz Roja Huila 2004

Como puede observarse el grupo etáreo que mayor población posee es de 5- 19 años representado por 49 personas que equivalen al 54%; esto genera inquietud puesto que muestra una cantidad representativa de jóvenes que probablemente por sus condiciones socioeconómicas y ubicación geográfica, se encuentran expuestos a riesgos psicosociales tales como drogadicción, delincuencia, prostitución, además a infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos entre otros. Este dato permite darnos cuenta que en general la comunidad objeto está conformada por población infantil, prejuvenil y juvenil; donde se evidencia que la población adulta es poca, donde el grupo etáreo de mayor edad se encuentra entre los 55 y 59 años. Dicha situación puede analizarse en la siguiente pirámide poblacional.

Gráfico 1.



Esta grafica permite ver, que la es pirámide es de tipo expansivo, propia de un país en desarrollo, la cual muestra una amplia base compuesta por la población de 0 -14 años, sobre la cual se pueden adelantar acciones como prevención del maltrato y abuso sexual, prevención de enfermedades inmunoprevenibles. En la zona intermedia se localiza la población de 15 – 24 años, personas en edad productiva en este grupo se pueden implementar acciones tendientes a la prevención de las I.T.S., planificación familiar, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, estrategias de alternativas de empleo, aprovechamiento del tiempo libre.

Esta pirámide no muestra cúspide, bien definida ya que el mayor rango de edad no sobrepasa los 59 años en estrechos porcentajes, personas que aun son jóvenes en las cuales se pueden emprender acciones tendientes a prevenir las complicaciones de las patologías crónicas y degenerativas.

Este lugar no dispone de vías de acceso, se ingresa a la zona a pie o en bicicleta. Por su condición de marginalidad, no cuenta con medios de comunicación como T.V. y similares.

Se observa presencia de mosquitos y zancudos en bastante cantidad. De acuerdo con versiones de las amas de casa del lugar entre los niños y adolescentes hay una alta incidencia de pediculosis y escabiosis. Igualmente es evidente una alta inseguridad alimentaria.

La población objeto se localiza en el área urbana, corresponden en su totalidad a la etnia mestiza; son familias que han sido expulsadas de departamentos como Tolima, Caquetá, Putumayo y algunos municipios del Huila.

Las viviendas están construidas en materiales perecederos como cartones, plástico, tablas, etc. Los piso son en tierra. Carecen de servicios públicos domiciliarios, para iluminar utilizan velas, el agua es tomada de conexiones fraudulentas de los barrios vecinos. Como combustible para la cocción de los alimentos es empleada la leña. Las excretas son arrojadas a campo abierto o al río, pues no disponen de letrinas ni baterías sanitarias, al igual que las aguas servidas y los residuos sólidos.

No cuenta con lugares de atención comunitaria como UROCs y UAIRACs. Los niños y niñas que en medio de las precarias condiciones su mayoría, asisten al Centro Docente la Contraloría ubicado en el barrio Cándido, para lo cual se transportan a pie. Para acceder a los servicios de salud deben desplazarse hasta los centros de Salud de Cándido y la Inmaculada o hasta la E.S.E. Carmen Emilia Ospina del Barrio Las Granjas, situación que dificulta su asistencia a los servicios de salud, ya que refieren que no disponen de dinero para desplazarse a dichos centros de atención. La población adulta en su mayoría es analfabeta o simianalfabeta. Al no contar con sitios de esparcimiento y recreación, algunos niños y jóvenes acuden al polideportivo del barrio Chicalá, en tanto que los adultos se limitan a reunirse dentro de la misma zona para tratar temas relacionados con su situación.

En lo relacionado con la cultura, se encuentra que por ser familias procedentes de diferentes lugares del país, como grupo no tienen un arraigo cultural que los identifique.

Todos sus habitantes son de extracción campesina y nivel educativo bajo, lo cual les genera dificultades para su desempeño en la ciudad. No disponen de empleo y su sustento se basa en la ocupación informal, como recicladores, oficios domésticos, vendedores ambulantes y en las plazas de mercado transportando bultos, aunque de manera esporádica; porque en general el desempleo reina entre sus habitantes.

En cuanto a la situación de orden público, sus habitantes refieren que se vive en una tensa calma, ya que la inseguridad ha hecho que algunos de sus líderes se encuentren amenazados, además advierten que por lo zona suelen transitar personas armadas sin que se conozca a cual de los actores del conflicto armado pertenecen, generando preocupación y zozobra.

Son familias con un alto grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y vulnerabilidad; para recibir servicios de salud, son atendidos con el registro único nacional de desplazados, lo que de alguna manera les representa mayores garantías en salud y comparados con las personas que se encuentran en calidad de vinculados.

8.1 SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El perfil epidemiológico está dado por análisis e interpretación de los datos estadísticos de los diferentes eventos en salud, los cuales se obtienen de la información reportada por las diferentes instituciones de salud, de acuerdo con la oferta y la demanda así como la que se deriva de la interacción de los factores protectores y factores de riesgo en los estilos de vida y del entorno como determinantes de la salud.

Esta información es clave en la toma de decisiones en la gerencia de salud tanto a nivel familiar como en salud pública en general. Para la ciudad de Neiva, el perfil epidemiológico es similar al del resto del departamento y el país; y por ende este se refleja de la misma manera para comunidades más pequeñas. Se analizan a continuación las principales causas de muerte y enfermedad en la población de la ciudad de Neiva, teniendo como fuente de información los boletines epidemiológicos emitidos por la secretaría de salud municipal en el año 2003.

Teniendo en cuenta que no se dispone de información desagregada por comunas, que para el presente diagnóstico corresponde a la comuna 1.

La situación socioeconómica de la ciudad y la morbilidad evidencian los desequilibrios humanos por los que atraviesa el país. Dentro de los factores desencadenantes de esta situación se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas, el desempleo, el desplazamiento forzado de personas, la violencia generalizada a nivel nacional y la delincuencia común.

Al observar los datos de morbilidad (causas de enfermedad) en Neiva y el Huila, es notoria la persistencia de enfermedades infecciosas, transmisibles e inclusive aquellas prevenibles mediante inmunizaciones, ya que aunque se ha avanzado bastante en la inclusión de vacunas en el P.A.I., aun queda mucho por hacer, pues son varias las patologías inmunoprevenibles que afectan nuestra población para las cuales la ciencia ya ha puesto a disposición los biológicos para su prevención, y solo se requiere de la voluntad política de quienes tienen en sus manos el gobierno y la salud del país.

Es el caso de enfermedades como la neumonía por neumococo, que tanto en niños como en adultos también produce otitis, meningitis, sepsis y muerte; la varicela zoster que no sólo deja secuelas a nivel físico que deterioran la imagen corporal (cicatrices), sino también una alta probabilidad de desarrollar herpes zoster; la hepatitis A que puede llevar a una muerte fulminante, y como ella muchas otras enfermedades son prevenibles con vacunas ya existentes.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas EDA, y las Infecciones Respiratorias Agudas IRA, son reportadas como primeras causa de morbilidad, véase anexo No. 2, donde se observa compromiso de todos los grupos etáreos. Ello en parte se explica por las precarias condiciones de vida de gran parte de nuestra población, como parte de los desequilibrios sociales reinantes a lo largo y ancho del país, situación a la que Neiva no escapa “La población NBI de Neiva, es del 26.20% del total de la ciudad, y se han identificado quinientas personas como indigentes”¹²

La situación de aseguramiento también influye en esta problemática, ya que se encuentran familias completas que se encuentran en calidad de vinculados y a ello se suman las personas en situación de desplazamiento, que día tras día aumenta.

¹² Boletín Epidemiológico No. 3 . Sec. De Salud Municipal. Neiva. Enero de 2003

Esto permite afirmar, que aunque se desarrollen campañas, jornadas y un sinnúmero de acciones en la prevención y manejo de la IRA y la EDA que ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente; esto conduce a analizar que no se evidencia el impacto de las acciones desarrolladas, ya que los problemas de fondo continúan, entre los que se destacan deficiencias en el suministro de agua, saneamiento básico deficiente pues en muchos de los barrios y asentamientos periféricos se carece de alcantarillado, disposición adecuada de excretas y aguas servidas, carencias alimentarias, falta de inmunizaciones. Las infecciones respiratorias agudas incluyen otitis media, faringitis, laringotraqueitis, bronquiolitis, bronconeumonía. En Neiva, la tasa de morbilidad por IRA es de 55 por 1000 habitantes.

Continúan en su orden el dengue clásico y el dengue hemorrágico, teniendo en cuenta que Neiva ofrece las condiciones climatológicas y ecológicas para la cría del vector Aedes Aegypti, es claro que no solo basta con las jornadas que a través del PAB y el Municipio se realizan una o dos veces por año, de acuerdo con la Ley 715.

Para esto se requiere hacer ingentes esfuerzos para alcanzar la sensibilización de todos los estamentos que interactúan en el Municipio, a la vez lograr una verdadera participación comunitaria, comprometida frente al problema, llegando al “Control Social del Dengue” que facilite el empoderamiento. Es preciso identificar líderes de manzana o sector quienes una vez capacitados se encargan de la vigilancia en el domicilio y peridomicilio de su área de influencia, en permanente coordinación con el personal sanitario.

También cabe comprometer a las empresas Públicas de Neiva, pues en virtud de que en algunos sitios de la ciudad el suministro de agua para consumo humano, presenta algunas deficiencias, las familias no están en condiciones de realizar un lavado frecuente de sus albercas y depósitos de agua. Al igual que a la empresa recolectora de basura también le compete una acción relevante en el proceso y las personas recicladoras, los operarios de los montallantas etc. Como forma de fortalecer y/o conformar los COVE Comunitarios.

La varicela, aparece dentro de los primeros lugares en la morbilidad en Neiva en el 2.003 según el anexo No. 02, esta es un patología altamente contagiosa y compromete a todos los grupos etáreos, la cual puede dejar secuelas irreparables en la piel, al igual que a posteriori.

Puede presentarse el Herpes Zoster (Culebrillas o zote de sapo) como primoinfección por el virus de la varicela, el cual produce lesiones vesiculopapulares fuertemente dolorosas e incapacitantes; los dolores pueden persistir aún después de la cicatrización de las lesiones. No es explicable como existiendo el biológico para la prevención de esta enfermedad, no este incluido en el P.A.I; teniendo en cuenta que estamos enmarcados dentro del enfoque y la normatividad de la prevención antes que la curación.

La exposición rábica, hace su aporte a la morbilidad en este municipio, ello explicado por la gran cantidad de población canina callejera, al igual que la tenencia domiciliaria de caninos, felinos y primates principalmente en barrios de difícil situación socio-económica.

Cabe desarrollar acciones no solo de vacunación de estos animales, sino también del control de la población y la natalidad canina, mediante la esterilización quirúrgica, claro esta, teniendo en cuenta los derechos de los animales, el derecho a la vida de todo ser biótico y el respeto por la biodiversidad.

La tuberculosis como enfermedad de interés en salud pública, contribuye a la morbilidad en la capital Bambuquera de Colombia, haciendo presencia, inclusive en el grupo de edad de 0-4 años, lo que genera inquietud frente al estado vacunal de los menores y las coberturas de vacunación, pues de acuerdo con el P.A.I, todo niño menor de 5 años debe haberse inmunizado contra la tuberculosis, la BCG debe aplicarse a todo niño, antes de que abandonar la institución de salud teniendo en cuenta que todos los días son días de vacunación de acuerdo con las normas del Ministerio.

La morbilidad por consulta externa, de acuerdo con fuentes de la secretaría de salud municipal, los eventos en salud de mayor envergadura fueron, en primer lugar la hipertensión arterial, enfermedad que hace parte de la gama de enfermedades cardiovasculares. Patología que en Colombia y el mundo se constituye en una de las primeras causas de mortalidad e incapacidad. La tasa de morbilidad por hipertensión arterial para Neiva en el 2.003 fue de 48 por mil habitantes mayores de 45 años, donde el grupo etáreo mas comprometido fue el rango de los 60 y mas años, con predominio masculino.

Como evento importante dentro de la salud pública es pertinente analizar las alteraciones de la nutrición. Dentro de las que se encuentra la desnutrición global, que de acuerdo con el reporte de la secretaria de salud municipal, de un total de 6.357 registros SISVAN de niños y niñas, el 13% de ellos presenta bajo peso para

la edad, lo cual es el reflejo del ámbito departamental. El grupo de edad mas afectado por este tipo de desnutrición es el comprendido entre los 2 a 3 años. El 15% de los infantes incluidos en dichos registros presentaron desnutrición crónica, es decir, baja talla para la edad. Referente a la desnutrición aguda se observa que el 11% de los menores presenta bajo peso para la talla. Asimismo se encontraron menores con tendencia al sobrepeso y obesos.

Los estados de desnutrición aguda y crónica están estrechamente ligados a la presencia de enfermedades infecciosas (IRA, EDA), convirtiéndose en un círculo vicioso pues la alimentación deficiente no permite un buen desarrollo de las defensas del organismo haciéndolo propenso a sufrir este tipo de enfermedades, a su vez el padecer frecuentemente de estas patologías conlleva a desnutrición. Así también los factores socioeconómicos inciden de manera directa en la calidad y cantidad de alimentos que se consumen en cada familia. Esto permite afirmar que se requiere intervenir no solo la población institucionalizada, sino con políticas que permitan también fortalecer la generación de empleo pues ello mejora el poder adquisitivo de las familias y al igual que con proyectos productivo auto sostenible como huertas comunitarias como forma de agricultura urbana, estanques piscícolas, criaderos de conejos, cerdos, pollos, etc. garantizando así el aporte nutricional adecuado para las familias vulnerables.

Como componente de la salud pública es de gran importancia el análisis de la salud mental que incluye violencia intrafamiliar, intentos de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas y el maltrato infantil, desafortunadamente nuestras familias no son ajenas a este tipo de violencia privada que en muchos casos pasa inadvertida o se vuelve tan frecuente que se asimila como normal. Es así como al observar los casos de violencia física, la cual comprende todo comportamiento agresivo con el propósito de causar daño y/o dolor físico como golpes, pellizcos, quemaduras etc. Situación que se presentó en las comunas 9, 8, 7, 6,3. Este tipo de violencia se encuentra que en su gran mayoría los casos la agredida es la población femenina y el grupo etareo es el de 20-44 años.

Referente al maltrato psicológico, que incluye las agresiones verbales, actitudes y comportamientos de profundas repercusiones en el agredido. Ello conlleva a una baja autoestima y autosubvaloración de la victima, depresión e intentos de suicidio. Según los reportes esta situación se presentó en las comunas 8, 9, 10, 5, 6 teniendo en su orden la frecuencia de casos reportados; en este tipo de violencia el género mas afectado fue el femenino.

En relación con las situaciones maltratantes relacionadas con abandono, negligencia y descuido, que son todas aquellas ocasiones en las que se le niega

al agredido la atención y cuidados requeridos para suplir sus necesidades básicas el cual se focaliza principalmente en niños, ancianos y personas con discapacidad por su mismo estado de indefensión.

De acuerdo con el boletín, se observa que en la comuna 6 es donde hay mayor vulnerabilidad en este tipo de maltrato, dirigido hacia niños entre 5 y 9 años. En la comuna 8 los vulnerados fueron niños de 1 a 4 años, al igual que en las comunas 9 y 1 fue el rango de edad más comprometido, afectando ambos géneros. Las lesiones auto infligidas, es decir, los intentos de suicidio día a día cobran mas fuerza, como fórmula de escape o de presión a las solución de problemáticas socio familiares y económicas, es así como en la comuna 8 comprometiendo población de ambos géneros entre los 15 y 44 años, ello evidencia la situación social por la que atraviesa esta zona de Neiva. Se presentaron también intentos de suicidio en las comunas 9, 6 y 3, en las cuales el grupo de edad mas vulnerado fue el de 15 – 44 años en hombres y mujeres. En la comuna 10 ocurrieron los casos de más temprana edad, entre 5 – 14 años en ambos géneros.

Lo anterior evidencia situaciones de fondo como , desesperanza desarraigo, baja autoestima, entre otras, que merecen ser analizadas con detenimiento; se observa que las población joven es la mas afectada, la cual requiere de ser intervenida con proyectos de vida, convivencia, valores y proyectos de generación de empleo y recursos.

El consumo de sustancias psicoactivas incluyendo la socialmente aceptadas como el tabaco y el alcohol, es otro problema en salud que aunque presenta un subregistro, si permite visualizar que requiere intervención de fondo, con compromiso intersectorial, interinstitucional, social y comunitario. Se observa que la edad de inicio del consumo de estas sustancias está entre los 5 – 25 años, donde la gran mayoría de los casos empezó en la adolescencia. Es lamentable mirar tan cruda realidad, que nuestros niños y jóvenes pierdan el sentido por la vida y la salud recurriendo de esta forma a la solución de sus dilemas o problemas, en lugar de refugiarse en el estudio, el deporte y la recreación y demás.

La discapacidad, evento en salud pública que ha evolucionado desde el punto de vista de su conceptualización, hoy se mira como una problemática intersectorial y no exclusiva del área de la salud “La discapacidad, es un término genérico que incluye las deficiencias o alteraciones en las funciones o estructuras corporales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación “¹³.

¹³ Tomado de la pagina web, www.dane.gov.co

Es necesario entonces hablar de deficiencias, limitaciones y restricciones, que son las condiciones que enmarcan la discapacidad. Donde como **deficiencias**, se entiende todas aquellas alteraciones o problemas que se presentan en las funciones o estructuras corporales, que pueden ser de tipo físico, mental, sensorial, dolor, voz y habla, respiratoria, circulatoria, del sistema inmunológico, digestivo, endocrino, metabólico, genitourinario y reproductivo, músculo esquelético y las relacionadas con el movimiento, la piel y estructura anexas.

Las limitaciones son las dificultades que puede tener un individuo para desarrollar actividades cotidianas, aquí se consideran desde las limitaciones leves hasta las graves en términos de calidad y cantidad en el desempeño de actividades que tienen que ver con el desempeño y aplicación del conocimiento, desarrollo de tareas y demandas generales como comunicación, movilidad, auto cuidado. Mientras que las restricciones son los problemas o barreras que puede experimentar una persona para involucrarse en actividades participativas; esta se determina comparando el grado de participación de una persona sin discapacidad frente al grado de participación de la persona con discapacidad. Las restricciones se presentan en áreas de la vida doméstica en el desempeño de roles, en el campo laboral, educativo y de la vida social y comunitaria.

Para abordar la discapacidad es fundamental involucrar la familia, la comunidad y la sociedad, así como equipos de intervención interdisciplinarios en prevención y rehabilitación con articulación de acciones intersectoriales (salud, educación, trabajo, deporte, cultura), generando conciencia colectiva.

De acuerdo con el boletín epidemiológico N° 4, Neiva en el año 2003, posee población con discapacidad todas las comunas del municipio, de tipo físico, cognitivo, epilepsia, visual, auditiva y mental. Donde el 30% de las personas con discapacidad, se encuentra en edades de más de 81 años, el 19% corresponde a personas entre los 8 – 15 años y el 13% a edades dentro de los 36 – 50 años. En cuanto al tipo de discapacidad se visualiza que el 56% es de tipo físico, 27% es cognitiva, el 7% es epilepsia y el 4%, el 4% es auditiva, el 5% visual y el 1% esquizofrenia.

Para nuestro plan es de vital importancia conocer cuales son las principales causas de mortalidad en nuestra ciudad en la cual está inmersa la comuna 1 y en ella el asentamiento Nueva Esperanza, para así generar estrategias que permitan modificar esta situación.

De acuerdo a los registros del perfil epidemiológico de la secretaria de Salud Municipal, se encuentra que se reportaron para ese año 57 casos de mortalidad perinatal, alcanzando una tasa de 11.3 X 1000 nacidos vivos. Es de resaltar aquí que en la mortalidad perinatal, influyen múltiples factores que pueden conducir a ella, los cuales pueden estar presentes durante la gestación, el parto y el post-parto tales como: estado de salud y edad de la mujer previa al embarazo, psicosociales, económicos, nivel educativo, accesibilidad y eficiencia en la atención brindada por los servicios de salud, aspectos que valdría la pena revisaren detalle, no solo a nivel municipal sino departamental, por cuanto el Hospital Universitario se constituye en el centro de Referencia de más alto nivel en el departamento del Huila.

También es importante revisar los programas de promoción y prevención con el respectivo cumplimiento de las normas estipuladas en la legislación vigente y fortalecidas desde el nivel gerencial de las IPS, EPS y ARS, en los que se tenga en cuenta el fortalecimiento de la aplicabilidad de las normas, en todo el personal de las instituciones, es decir el personal tanto asistencial y operativo como el administrativo, garantizar el equipo de trabajo interdisciplinario, ampliación del tiempo de primera consulta; clasificación de las gestantes según el riesgo obstétrico para incluirlas en programas de manejo especial por patología, incluir en la consulta y los controles prenatales a por lo menos un miembro del núcleo familiar, que en lo posible sea la persona mas allegada a la mujer en embarazo, entre otras acciones.

Por el alto valor social que en nuestra sociedad tiene la madre como generadora de vida, sino también como eje fundamental en la dinámica familiar y en el campo laboral y económico, la mortalidad materna es considerable, esto trae consigo graves consecuencias en la sociedad y al interior del núcleo familiar donde deja grandes vacíos emocionales y psicoafectivos que difícilmente se superan. En Neiva en el 2.003 se presentaron dos casos, alcanzando una tasa de 4 X 100.000 habitantes, lo cual incide de manera negativa en la salud pública y representa perdida en la esperanza de vida.

La hipertensión arterial, aunque por lo general se ha analizado como una enfermedad propia del adulto mayor, esta comprometiendo a la población joven, al igual que la diabetes, así las cosas, los programas de promoción y prevención al cumplimiento de las guías de atención contempladas en la Resolución 412; al igual que la vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles en los COVE institucionales y el COVE Municipal, y la implementación de estrategias lúdico-pedagógicas que sensibilicen a la comunidad incluyendo todos los estamentos; para así minimizar los factores de riesgo modificables, y prevenir las complicaciones no solo de la enfermedad

hipertensiva y las enfermedades cardiocerebrovasculares, sino todas aquellas enfermedades crónicas y degenerativas.

Los accidentes de tránsito son la segunda causa de mortalidad para el año 2002, donde los mas afectados son peatones. Es importante aclarar que los accidentes de tránsito se constituyen en un evento en salud pública, que por lo general, compromete la vida humana, en la mayoría de jóvenes con una alta pérdida de años de vida saludable (AVISA), no solo desencadenando la muerte sino también generan incapacidades físicas y/o sensoriales irreversibles, desencadenando problemas de gran magnitud social y económica. Se hace necesario mantener en continuo adiestramiento al personal que realiza los procedimientos de atención prehospitalaria (A.P.H) y los traslados, el personal que atiende en los servicios de urgencias, así como la sensibilización a conductores, peatones, motociclistas, ciclistas y comunidad en general. Al igual que el mejoramiento del estado de las vías y su señalización .

Colombia ha sido considerado como uno de los países mas violentos del mundo, Neiva y el Huila no escapan a la mortalidad por lesiones fatales; en Neiva en el 2.002 se registran muertes por homicidios, suicidios y accidentes de tránsito, es así como: “El suicidio ahora aparece como la cuarta causa de muerte, con un total de 18 victimas: 1 mujer y 17 hombres, es de resaltar que el 44% de los fallecidos por esta causa oscilaban entre los 16 y 19 años de edad”¹⁴

Lo anterior muestra una situación sombría, ya que se ve claramente que por lesiones auto-inflingidas se están perdiendo años de vida saludable, alto costo social y familiar para los seres queridos de los fallecidos. La situación socio-económica, el desarraigo, la falta de oportunidades puede estar incidiendo en la toma de decisiones de quienes optan por quitarse la vida.

El homicidio, en todas sus formas como modalidad violenta de interrumpir el proceso vital humano, está inmerso dentro de la gran problemática de la violencia que desde tiempo atrás golpea nuestro país. En Neiva “110 casos (43%) son homicidios, con una tasa de 32 homicidios por cada 100.000 habitantes”¹⁵. Este refleja la cotidianidad de la violencia, donde desafortunadamente a la vida se le da muy poco valor truncando la esperanza de vida al nacer y muchos años de vida saludable.

¹⁴ Boletín Epidemiológico No. 4. Neiva. Marzo de 2003

¹⁵ Boletín Epidemiológico No. 4. Neiva. Marzo de 2003.

Después de dar una mirada al comportamiento epidemiológico de la población a la que hace parte el asentamiento Nueva esperanza, a continuación se presenta una valoración de las familias que conforman el asentamiento, teniendo en cuenta la dinámica familiar desde el enfoque ecosistémico para así complementar el diagnóstico .

8.2 VALORACIÓN DE LAS FAMILIAS OBJETO

Para conocer las características de la dinámica familiar de los habitantes de este asentamiento se tomaron aleatoriamente 7 familias de las 19 que residen en Nueva Esperanza, con cada una de ellas se realizó un análisis valorativo, a continuación se presenta un consolidado de todas ellas, organizado teniendo en cuenta las dinámicas familiares.

8.2.1 Dinámica de contextualización de las familias

En las siete familias se encontraron un total de 48 personas que según su edad están distribuidas así:

Tabla 2. Distribución por grupos de edad de los miembros de las familias valoradas. Neiva junio 2004

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE
O-10 AÑOS	6	10	16	33.3%
11-20 AÑOS	11	6	17	35.4%
21-30 AÑOS	2	3	5	10.4%
31-40 AÑOS	1	2	3	6.3%
41-50 AÑOS	3	3	6	12.5%
51-60 AÑOS	1	0	1	2.1%
TOTAL	24	24	48	100%

Fuente: Historias clínicas familiares

Con relación al anterior cuadro se puede observar que el numero de mujeres es igual al numero de hombres; de acuerdo al grupo de edad se puede observar que el que mayor porcentaje posee es el de 11-20 años, lo que se traduce en que la población en su mayoría es adolescente, también hay gran numero de niños, esto se evidencia en el alto porcentaje, un 33.3% en edades entre 1-10 años.

Otro aspecto a destacar es que en esta población son muy pocas las personas en edad adulta mayor , esto se ve representado en el bajo porcentaje obtenido, un 2.1%.

Respecto a la procedencia se puede decir que todos provienen de lugares diferentes: del departamento del caquetá son 3 familias, de municipios del Huila son 2 familias, del departamento del Tolima es una familia y del departamento del Magdalena también una familia. Esto hace ver la diferencia en las vivencias culturales que posee la población.

En cuanto a su nivel socioeconómico, se puede decir que todos pertenecen al nivel mas bajo, esto expresa la condición de pobreza en la que viven.

Las familias están distribuidas según el número de sus miembros así: una familia con 10 personas, tres familias con 7 personas, una con 4 personas, dos con 5 personas y una con 3 personas, esta característica muestra que la mayoría de las familias son numerosas.

Por otra parte estos sistemas en su totalidad pertenecen a grupos sociales como la asociación Nueva Esperanza y a grupos religiosos; así mismo sus sistemas significantes son la escuela, la ESE Carmen Emilia, la iglesia (diferentes cultos) y para muy pocos sus familiares o amigos.

Se puede decir que el nivel educativo de las familias es bajo, dado que existen una familia cuyo mayor nivel educativo es 8º grado, dos familias con 7º grado, una familia con 6º grado, dos familias con 5 grado de primaria, y una familia con 4 grado.

Todas las familias tienen acceso a los servicios de salud, gracias a que pertenecen al Registro Único Nacional de Desplazados, estos son recibidos en la ESE Carmen Emilia del barrio Granjas

8.2.2 Dinámica de autoecoorganización

Las familias según la naturaleza del vínculo se distribuyen así:

Cinco familias conformadas por vínculo de hecho, una conformada por vínculo de derecho religioso y otra conformada por vínculo de derecho civil. Cuatro de estas

familias son reconstituidas luego de una separación y han creado un nuevo vínculo.

De acuerdo a la composición familiar por número de uniones todas son monogámicas y según el número de generaciones dos familias son nucleares, dos familias son incompletas, dos son extensas y una extensa incompleta; teniendo en cuenta la caracterización de los roles en el tiempo se puede decir que todas las familias son patriarcales , con domicilio neolocal y consanguíneas según su parentesco.

Según el número de sus miembros existen cuatro familias con núcleo grande, dos familias con núcleo intermedio y una familia con núcleo reducido. Además conforme a la edad cinco familias son jóvenes, dos son adultas jóvenes y ninguna es adulta mayor. El predominio en el género es masculino, pues existen cinco familias con mayoría de hombres y dos de mayoría de mujeres.

8.2.3 Dinámica de autoecogobierno

Los esquemas de comunicación familiar se caracterizan por ser en su mayoría poco asertivos, el diálogo como estrategia para la solución de conflictos no es una constante. El desempeño de sus roles esta caracterizado porque se han mantenido en la mayoría de los casos, en algunas familias se han afectado los roles.

La expresión del afecto en todas las familias, es poco frecuente, las pocas veces que se expresa no se hace de manera adecuada; cuando se presentan dificultades o conflictos estos se solucionan con frecuencia de manera individual y autocrática, pocos lo hacen de manera cooperativa.

Las normas establecidas se mantienen de forma tradicional, son claras y rígidas en un alto número de familias. Aunque el sistema de valores y creencias que poseen las familias guían sus metas, no son suficientes para afrontar las situaciones, especialmente socioeconómicas que viven diariamente.

Con relación al manejo del tiempo libre, en todas las familias la recreación es muy poca porque no existen lugares apropiados y recursos para practicar deportes o actividades lúdicas.

8.2.4 Dinámica de evolución familiar

En las familias se identificaron diferentes etapas de evolución, es así como en la etapa de formación no se halló ninguna familia, en la etapa de expansión se encontraron tres, familias en consolidación tres y familias en apertura solo una.

Las mayoría de las familias no han satisfecho sus necesidades personales, lo indica que sus logros se han visto afectados, además su evolución depende de su situación socioeconómica, es bueno resaltar que estas familias quieren mejorar su situación de vivienda, alimentación y de salud.

Los eventos vitales que experimentan las familias son, el de familia con lactante, con preescolar, con adolescente y con adulto, no existen familias con nido vacío, ni en viudez.

8.3 DIAGNÓSTICO FINANCIERO

Como se observa en la tabla 3, las asignación de recursos para el sector salud en el municipio de Neiva, y específicamente en lo relacionado con PAB, durante las vigencias fiscales 2002, 2003 y 2004, es notoria la tendencia al incremento como se evidencio en el 2004 donde el incremento fue del 53% (\$675.214.567.00) comparado con el año 2003; sin embargo los recursos asignados al PAB en el año 2003 sufrieron una reducción del 0.3% comparados con el año inmediatamente anterior, equivalente a \$ 1.953.227,00.

TABLA 3. Asignación Presupuestal para el Plan de Atención Básica PAB en el Municipio de Neiva durante las vigencias 2002 al 2004.

2002	VALOR EN \$
Fortalecimiento de la salud pública mediante el PAB (urbano)	\$ 537.726.000
Fortalecimiento de la salud publica mediante el PAB (rural)	\$ 70.117.600
TOTAL AÑO	\$607.430.600,00
2003	VALOR EN \$
Fortalecimiento de la salud publica por PAB (urbano)	\$ 518.653.081
Fortalecimiento de la salud publica por PAB (rural)	\$ 87.237.292
TOTAL AÑO	\$605.890.373,00
2004	VALOR EN \$
Fortalecimiento de la salud pública mediante el PAB (urbano)	\$ 1.106.330.940
Fortalecimiento de la salud pública mediante el PAB (rural)	\$ 174.774.000
TOTAL AÑO	\$ 1.281.104.940

Fuente: Secretaría de Hacienda Municipal 2005

9. ANALISIS DEL PERFIL DE DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS DE LA COMUNIDAD

Con el propósito de definir las estrategias a desarrollar en el plan, haciendo uso de la herramienta matriz DOFA, se evalúan aspectos que permiten la toma de decisiones que apunten a la satisfacción de problemas y necesidades relevantes en la comunidad.

Cuadro 1. Matriz Dofa

DEBILIDADES	AMENAZAS
Irregularidad del terreno. La ubicación geográfica. Carencia de vías de acceso adecuadas. Las malas condiciones de vivienda. Saneamiento básico inexistente. Difícil acceso a medios de comunicación. Carencia de servicios públicos domiciliarios. Pocos espacios para la recreación Condiciones de hacinamiento. Bajo nivel educativo. Desempleo Poca preparación laboral Inseguridad alimentaria Pocos hábitos de higiene Escasa educación en salud Violencia, agresión Violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Desesperanza Desarraigo	Desastres naturales Incendios Epidemias Desplome de las viviendas Ser víctimas de rechazo, agresiones y estigmatización social. Alteraciones de la salud mental Acceso a pandillas o grupos delictivos Consumo de sustancias psicoactivas Prostitución Embarazos precoces, ITS y abortos
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Organización comunitaria “ asociación Nueva Esperanza” Contar con redes de apoyo Ser una población joven Proximidad a la zona urbana Diversidad Cultural Capacidad de resiliencia Contar con diversas tipologías de familia constituidas y fortalecidas el interior de la comunidad. Participación en eventos que se desarrollan al interior de la comunidad.	La presencia de ONG y organizaciones del estado La presencia de la comunidad académica Marco legal que protege a la población desplazada. Acceso al sistema educativo. Acceso a servicios de salud de todos los niveles de atención.

10. PROGRAMACIÓN PLAN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A POBLACIÓN DESPLAZADA DEL ASENTAMIENTO NUEVA ESPERANZA DE NEIVA

El plan propuesto, se diseña, elabora y formula con el objetivo principal de proporcionar atención psicosocial a las familias desplazadas del asentamiento Nueva Esperanza, atención fundamentada en la salud familiar integral.

La atención a la población se fundamentará en el uso de estrategias de promoción y prevención en salud mental, alcanzando niveles de intervención individual, familiar y comunitario que ofrezcan estabilidad emocional, la reconstrucción colectiva de mejores escenarios de socialización y el desarrollo comunitario de las familias desplazadas del asentamiento Nueva Esperanza de Neiva, en edades comprendidas entre los 7 y los 60 años, de los dos géneros.

De tal forma , teniendo en cuenta que los componentes principales del plan son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se hace necesario conocer cada uno de estos conceptos que guiaran los programas a proyectar en esta fase del plan.

La promoción de la salud es entonces un concepto que supera el enfoque limitado y tradicional de la salud como ausencia de enfermedad. En este sentido, intervenir la salud implica conocer los determinantes sociales y biológicos que afectan a la “ buena salud “ en las personas y grupos sociales.

Una de las intervenciones efectivas es la promoción de la salud. “ Algunos determinantes sociales son controlados por el individuo, como las conductas orientadas a proteger la salud y el uso de servicios de salud. Otros se relacionan con las condiciones de vida de los grupos sociales en lo ecológico, cultural y biológico.

La promoción de la salud involucra a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar a dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas. Además centra su acción en las causas o determinantes de la salud para asegurar que lo físico ambiental, que está más allá del control de los individuos, sea favorable a tal efecto.

También la promoción de la salud propende, la participación efectiva de la población, favorece la autoayuda y estimula a las personas para encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

De igual forma la prevención de la enfermedad, como otro de los componentes de este plan, es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema de Salud.

Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

Así mismo la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

Luego de conocer los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a continuación se presenta la matriz de programación, que plantea acciones tendientes a dar solución a las diferentes problemáticas establecidas luego de realizar el análisis DOFA, así:

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN
PLAN DE ATENCION PSICOSOCIAL A FAMILIAS EN CRISIS DE DESPLAZAMIENTO DEL ASENTAMIENTO NUEVA
ESPERANZA DE NEIVA

PROGRAMA	PROYECTO	ACTIVIDADES		INDICADORES	RESPONSABLE	META	COSTOS	
		METOD.	CAN T.				UNIT.	TOTAL
Programa de atención psicosocial a familias en crisis de desplazamiento	Autocuidado integral a familias en crisis de desplazamiento	Encuentro de saberes con representantes de la comunidad	1x30 pers.	Nº de asistentes x100 Nº de personas programadas	Equipo interdisciplinario y la comunidad	Fortalecer las practicas de autocuidado individual , familiar y social en el 70% de la comunidad	300.000	300.000
		Sesiones lúdicas y recreativas familiares y comunitarias con énfasis en animación sociocultural	2x80 pers.	Nº de asistentes x100 Nº de personas programadas	Equipo interdisciplinario y la comunidad		2.000.000	4.000.000
		Taller de padres para definir recursos de autocuidado	1x40 pers.	Nº asistentes x100 Nº de personas programadas	Equipo interdisciplinario y la comunidad		300.000	300.000
		Visitas familiares formativas en el autocuidado	20	Nº de visitas realizadas x100 Nº de visitas programadas	Equipo interdisciplinario y la comunidad		50.000	1.000.000

		Consultoría integral a familias (individual, familiares, grupales)	40.	Nº de familias intervenidas x100 Nº de familias programadas	Equipo interdisciplinario y la comunidad		26.000	1.040.000
		Taller de modelos de familias saludables según evento vital a través del autocuidado	1x25 Pers.	Nº de asistentes x100 Nº de personas programadas	Equipo interdisciplinario y la comunidad	Fortalecer las practicas de autocuidado individual , familiar y social en el 70% de la comunidad	300.000	300.000
Programa de atención psicosocial a familias en crisis de desplazamiento	Escuela de familias saludables	Demanda inducida durante las actividades del proyecto anterior.	6	Nº de canalizadas y sensibilizadas en las actividades del anterior programa.	Equipo interdisciplinario y la comunidad	Empoderar a 30 familias para la promoción de la salud al interior de su comunidad, mediante capacitación y certificación como familias saludables	20.000	120.000
		Reunión para inscripción, inducción a la escuela de familias saludables y concertación de plan de trabajo con la comunidad.	1x30 Pers.	Nº de personas inscritas en el programa	Equipo interdisciplinario y la comunidad		300.000	300.000

Programa de atención psicosocial a familias en crisis de desplazamiento	Escuela de familias saludables	Desarrollo de modulo de mantenimiento de la salud para familias con gestantes y niños menores de 5 años.	1x25 Flias .	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad	Capacitar y graduar como familias saludables a 30 familias.	300.000	300.000
		Desarrollo de modulo de mantenimiento de la salud para familias con niños preescolares y escolares.	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad		300.000	300.000
		Desarrollo de modulo de mantenimiento de la salud para familias con adolescentes y jóvenes.	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad		300.000	300.000
		- Desarrollo de modulo de mantenimiento de la salud para familias con mujeres en edad fértil (10-49 años).	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad		300.000	300.000
		- Desarrollo de modulo de mantenimiento de la salud	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario		300.000	300.000

Programa de atención psicosocial a familias en crisis de desplazamiento	Escuela de familias saludables	dirigido a familias con miembros mayores de 45 años.			y la comunidad		
		Taller modular de salud sexual y reproductiva para familias	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad	300.000	300.000
		Taller modular para familias, sobre prevención de consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos orgánicos, psicológicos familiares y sociales.	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad	300.000	300.000
		Taller modular de prevención de accidentes en el hogar	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad	300.000	300.000
		Taller modular para familias, dirigido a la prevención de ITS y VIH SIDA.	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad	300.000	300.000
		Mesa redonda para desarrollo de la normatividad	2x25	$\frac{\text{Nº de familias asistentes} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$	Equipo	300.000	600.000
		Capacitar y graduar como familias saludables a 30 familias					

		vigente en salud, derechos y deberes y participación comunitaria	Flias	Nº de familias programadas	interdisciplinario y la comunidad	familias saludables a 30 familias		
		Festival de habilidades y destrezas y aptitudes para la identificación de recursos propios y del medio y la promoción de emprendimientos hacia la generación de ingresos. Mediante la capacitación en proyectos productivos sociales y culturales.	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de familias asistentes Al festival} \times 100}{\text{Nº de familias programadas}}$ Nº de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que participen en el festival Nº de proyectos formulados.	Equipo interdisciplinario y la comunidad		5.040.000	5.040.000
		Reunión de certificación como familias saludables y entrega de diplomas.	1x25 Flias	$\frac{\text{Nº de flias. certificadas} \times 100}{\text{Nº de Flias programadas para graduar}}$	Equipo interdisciplinario y la comunidad		300.000	300.000
TOTAL								16.000.000

10.1. PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN

Teniendo en cuenta que dentro del PAB es prioritario el desarrollo de acciones con la población desplazada y cuyo financiamiento se hace con recursos del SGP, recursos propios del municipio, entre otros.

Y que el Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada contempla que las acciones se ejecutaran con los recursos asignados en el presupuesto general de la nación para cada entidad del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada cuyos montos serán establecidos durante los dos primeros meses de cada año, con base en el presupuesto aprobado. Además de los recursos que los entes territoriales incorporen en sus presupuestos para la atención de la población desplazada.

De tal forma la proyección presupuestal para este plan durante las vigencias 2005 al 2007 es la siguiente:

Tabla 4. Proyección presupuestal del plan al año 2007

PROYECTO	AÑO 2006	AÑO 2007	TOTAL
Autocuidado integral a familias en crisis de desplazamiento	7.240.000	7.602.000	7.982.100
Escuela de familias saludables	8.760.000	9.198.000	9.657.900
TOTAL	16.000.000	16.800.000	17.640.000

10.1.1. Costos por línea de presupuesto

LINEA DE PRESUPUESTO	VALOR EN PESOS
Talento Humano	\$ 6.460.000.00
Gastos Administrativos	\$ 500.000.00
Materiales E Insumos	\$ 4.500.000.000
Transporte	\$ 1.100.000.00
Apoyo Logístico	\$ 3.040.000.00
Imprevistos	\$ 400.000.00
TOTAL	\$16.000.000.00

11. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los indicadores de evaluación que se tienen en cuenta para la ejecución de este plan son:

- Indicadores de Cobertura los cuales se encuentran planteados en la matriz de programación.
- Indicadores de cumplimiento:

$$\frac{\text{Número total de actividades realizadas}}{\text{Número de actividades programadas}} \times 100$$

12. CONCLUSIONES

- La población del asentamiento Nueva Esperanza es heterogénea en cuanto a lugar de procedencia, ya que vienen de diversas regiones del país y del departamento.
- La población es joven y de extracción campesina, con bajo nivel de escolaridad lo cual dificulta su adaptabilidad a las condiciones de vida en la ciudad.
- El desempleo es la gran problemática reconocida por todos sus habitantes, como la condición con mayor incidencia negativa en su calidad de vida.
- Existen diversas topologías de familia principalmente nuclear, además de extensas incompletas, incluyendo madres cabeza de familia, en las cuales priman las de núcleo grande (6 o mas miembros), con predominio masculino.
- Los esquemas de comunicación familiar se caracterizan por ser en su mayoría poco asertivos, el diálogo como estrategia para la solución de conflictos no es una constante. La expresión del afecto es poco frecuente.
- Las normas establecidas se mantienen de forma tradicional, son claras y rígidas en un alto número de familias. Aunque el sistema de valores y creencias que poseen las familias guían sus metas, no son suficientes para afrontar las situaciones, especialmente socioeconómicas que viven diariamente, a pesar de esto poseen una gran capacidad de resiliencia.
- Con relación al manejo del tiempo libre, en todas las familias la recreación es muy poca porque no existen lugares apropiados y recursos para practicar deportes o actividades lúdicas.
- Los hábitos de higiene de la población son deficientes, en parte debido a las condiciones higiénico - sanitarias de las viviendas y el entorno a ello se suma el poco acceso a los servicios de salud.

- Las alteraciones en la dinámica familiar se evidencian en las diversas formas de violencia que se viven en los hogares.
- Para la población joven y adolescente existe el riesgo de ingresar a pandillas, grupos delictivos, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, ITS y abortos.
- Afortunadamente la población cuenta con redes de apoyo institucional como ICBF, CRUZ ROJA, USCO.
- Queda planteado un diagnóstico comunitario con enfoque familiar el cual sirve de herramienta de base para formulación de otros planes o proyectos con intervenciones que apunten a la solución de las problemáticas descritas y fortalezcan las redes de apoyo familiar y social.

13. RECOMENDACIONES

- En el momento de abordar e intervenir a la población en situación de desplazamiento, es necesario establecer una relación de horizontalidad basada en el respeto de las experiencias y conocimientos de los actores del proceso.
- Para aunar esfuerzos y recursos en beneficio de esta población se requiere la conformación de alianzas entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales desarrollando trabajo en equipo intersectorial coordinado, evitando la duplicidad de acciones e intervenciones para que la comunidad no se sienta invadida en su cotidianidad.
- Todas las acciones dirigidas a la atención de la población en situación de desplazamiento deben estar enmarcadas dentro de los parámetros del Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.
- La población desplazada debe ser beneficiada de manera prioritaria de las acciones e intervenciones del Plan de Atención Básica PAB.
- Es necesario que los entes gubernamentales proporcionen la dotación y mejoramiento de la infraestructura de las instituciones de salud, educación y protección ubicadas en el contexto del desplazamiento.
- Implementación modelos educativos flexibles y pertinentes a la situación específica, que permita el derecho a la educación de los menores desplazados.
- Sensibilización al personal de salud y educación frente al fenómeno del desplazamiento fomentando la amigabilidad institucional.
- En beneficio de los menores en situación de desplazamiento es importante fomentar la participación y vinculación de estos, en programas de formación musical, artística y otros que contribuyan a su desarrollo psicosocial y valorativo.

- Canalización experiencias, vocaciones, expectativas y habilidades de la población en situación de desplazamiento para la producción de bienes y servicios de autoconsumo y generación de ingresos.
- Orientación y fortalecimiento de los proyectos de vida individual, familiar y comunitario, partiendo de sus necesidades, expectativas y experiencias.

14. BIBLIOGRAFÍA

BLANCO, Jorge H. y Maya José M. Fundamentos de la Salud Pública. Tomo I. Primera Ed. Medellín. 1997. Pag. 6

DIARIO LA NACION, Magazín Arriba Neiva, 29 de enero de 2005

CARREÑO SUÁREZ, Laura Sofía y MILLÁN MOTTA, Hernando José. Estudios diagnósticos para el fortalecimiento integral de los proyectos de asistencia humanitaria de emergencia para personas internamente desplazadas. Corporación Avre - CHF Internacional. Bogotá D.C. 2002

CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia N° T-025 de 2004

L. CEDAN, Abad. Art.: Familia, Migración y Violencia en: Infancia y Violencia Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial. Lima. Apoyo de Rada Barnen, Ired Forum y Diaconia. 1991

LEY 715 DE 2001, Diciembre 21 de 2001, ed. Unión. Bogotá.

MINISTERIO DE INTERIOR Y JUSTICIA. Decreto 250 de febrero 7 de 2005

O.M.S .La salud mental del los refugiados. Ginebra. 1997.

PAGINA WEB: www.comminit.com/la/lasthsld-610.html

PAGINA WEB: www.cuidamosweb.com

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2003-2006, Hacia un estado comunitario.

PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO, Huila Unido.

PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO, Haciendo el cambio.

TERRIS M. "Tendencias actuales de la salud pública de las Américas, en "la Crisis de la salud pública", publicación científica No. 540, OPS, 1992.

VON BERTALANFY, Ludwig. Teoría general de los sistemas: Foundations, development, applications, George Braziller INC. Nueva York. 1968.