

No. _____



Alcaldía de Medellín

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

PROYECTO FAMILIAS FUERTES Y RESILIENTES
SISTEMATIZACIÓN
INVESTIGACION FINAL

SARA DÍAZ MUÑOZ
SARA VILLA BOTERO
LAURA CATALINA BOTERO TAMAYO
JULIANA HENAO
MELISSA ZEA MONTOYA

REFERENCIA CRUZADA FOLIO No. _____

ANEXO No. _____

6213.12.04

PROCESO 50074055

CONVENIOS

CONVENIO DE ASOCIACIÓN

N° 4600065488 DE 2016

CONTRATISTA: UNIVERSIDAD CES

Objeto: Convenio de asociación para desarrollar e implementar estrategias de IEC-M sobre el fomento del autocuidado de la salud y para el fortalecimiento familiar y comunitario.

FECHA INICIAL: 05-07-2016

FECHA FINAL: 05-01-2017

FOLIOS: 00 AL 68

ETAPA CONTRACTUAL

CARPETA: 1 DE 1

CONTENIDO

1. FAMILIAS FUERTES Y RESILIENTES Y EL SENTIDO DE LA Ñ	3
2. PREGUNTAS DE ESTUDIO	6
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Paradigma y enfoque metodológico	8
4.2 Estrategia metodológica	8
4.3 Población de estudio	9
4.4 Generación de la información	10
4.5 Organización y análisis de la información	12
5. CONCEPTOS ORIENTADORES	13
5.1 Atención Primaria en Salud (APS)	13
5.2 Gestión de Riesgos	13
5.3 Promoción de la Salud	14
5.4 Enfoque Socio-Ambiental en promoción de la salud	15
5.5 Determinantes Sociales	16
5.7. Contextos en la determinación de la salud	17
5.8 Prácticas de cuidado	17
5.9 Creencias, prácticas y cuidado	18
6 RESULTADOS	19
6.1 Caracterización de la población	19
6.2 Determinantes sociales de la salud mental y la convivencia	19
6.3 Contexto individual	20
6.4 Nutrición deficiente	21
6.5 Ciclo vital	21
6.6 Nivel educativo	22
6.7 Ausentismo y deserción escolar	23
6.8 Personas en situación de discapacidad	23
6.9 Desempleo y empleo informal	24
6.10 Contexto familiar	25
6.11 Familias monoparentales con jefatura femenina	25
6.12 Familias extensas	26
6.13 Familias reconstruidas	27
6.14 Planificación familiar	28
6.15 Estilo parental negligente	28
6.16 Abandono de adultos mayores	29
6.17 Contexto cultural	29
6.18 Estereotipos sobre el Sexo y género	30
6.19 Sexismo	31
6.20 Pobreza	32
6.21 Naturalización de la violencia	32
6.22 Aculturación	33
6.23 Contexto territorial	33
6.24 Viviendas en zonas de alto riesgo	34

6.25 Hacinamiento	34
6.26 Ilegalidad de predios	35
6.27 Dificultades en la movilidad y accesos	36
6.28 Manejo de basuras	36
6.29 Control territorial por parte de grupos armados al margen ñ	36
6.30 Fallas en el reconocimiento de los límites del territorio	37
6.31 Problemas y eventos en salud mental	38
6.32 Estrés	39
6.33 Conducta suicida	40
6.34 Embarazo adolescente	40
6.35 El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	40
6.36 Duelos no resueltos	41
6.37 Estados emocionales de desconfianza, temor e inseguridad	42
6.38 Violencia intrafamiliar	43
6.39 Dificultades para definir roles en la familia	43
6.40 Falta de comunicación familiar	44
6.41 Control de la vida cotidiana por parte de actores armados	45
6.42 6.42 Violencia social	46
6.43 Vinculación de niños y adolescentes por grupos al margen...	46
6.44 Explotación sexual infantil	47
7. PRÁCTICAS DE CUIDADO	48
7.1 Prácticas de autocuidado	49
7.2 Prácticas de cuidado de la familia	50
7.3 Prácticas de cuidado comunitarias	52
7.4 Conocimiento social sobre las prácticas de cuidado	54
8. DISCUSIÓN	60
8.1 Prácticas de cuidado: del bienestar subjetivo al bienestar psiö	60
8.2 Dimensiones y componentes del bienestar	61
8.3 Salud mental no es solo bienestar	65
9 REFERENCIAS	66

1.FAMILIAS FUERTES Y RESILIENTES Y EL SENTIDO DE LA INTERVENCIÓN

Familias Fuertes y Resilientes es una estrategia liderada por la Secretaria de Salud de la Alcaldía de Medellín, en asocio con la Universidad CES y desarrollada en 8 comunas de Medellín, que fueron priorizadas teniendo en cuenta los antecedentes de intervención del Programa Salud en el Hogar, también de la Secretaria de Salud. Los objetivos del proyecto se enfocan en la salud mental y la convivencia de los diferentes escenarios de la ciudad, buscando incidir de manera positiva en hábitos y conductas protectoras, con énfasis en la cultura del cuidado, la convivencia y la prevención de las formas de violencia para la construcción de escenarios saludables y, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, la accesibilidad de los servicios y la cultura de la salud con énfasis en el autocuidado y la corresponsabilidad, en diferentes barrios de la ciudad de Medellín.

El proyecto se desarrolla desde el **enfoque de Salud Familiar y Comunitaria**, definida como el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b). Los elementos fundamentales de este enfoque son (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b):

- Que esté centrado en las personas, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud;
- Que tenga un énfasis en los promocional y preventivo, con enfoque familiar de los cuidados;
- Que sea integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos;
- Que garantice la continuidad, pertinencia, oportunidad, accesibilidad y seguridad en la atención, tanto en el componente primario como en el complementario (cuidados primarios y modalidades de atención especializada);
- Que trabaje en Red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.

- Que atienda todos los problemas de salud, con alta capacidad para resolver los más frecuentes y gestionar la atención en el componente complementario de los que requieran servicios especializados o de atención en otros sectores;
- Que gestione espacios para la participación en salud y la inter y transectorialidad.

Por otro lado, el proyecto trabaja desde los **lineamientos de la convivencia**, en función de plantear estrategias y acciones que permitan generar cambios en la forma en que los ciudadanos y/o ciudadanas se relacionan entre sí, que lleven a nuevas formas de convivencia, que trasciendan la mitigación de los riesgos y enfatizan en la promoción de buenas prácticas, hábitos y comportamientos, y en el respeto hacia las demás personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, p. 6). Así, la convivencia definida en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 como «El desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social» (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), evoca todas aquellas interacciones entre ciudadanos y/o ciudadanas reguladas por las normas sociales que establecen la forma de relacionamiento. También, la capacidad de respetar las reglas (formales e informales), con la posibilidad de su aceptación e interiorización, así como con la capacidad de vivir entre personas diferentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, p. 8).

Los lineamientos de convivencia cuentan con unos principios orientadores basados en las dimensiones de la ciudadanía que contribuyen a la inclusión y participación . de todos y todas en el territorio colombiano . en los procesos de transformación social: prevención, corresponsabilidad, respeto por la diferencia (multiculturalidad y tolerancia), mutua regulación, autorregulación, cooperación, acción colectiva e inclusión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, p. 13)

Durante el 2016 el proyecto se ejecutó en 8 comunas de Medellín: Popular, Santa Cruz, Manrique, Doce de Octubre, Villa Hermosa, Buenos Aires, San Javier, San Antonio de Prado y como una apuesta por generar espacios desde el enfoque intercultural, se inicia un acercamiento con población indígena ubicada en la comuna Candelaria.

Y la atención se focalizo sobre dos componentes:

- La Familia se encuentra para el cuidado con el fin de fortalecer y aportar en la construcción de herramientas para la generación de nuevas formas de

relación interpersonal y familiar basadas en el respeto, la equidad y el trato digno.

- Movilización y Fortalecimiento comunitario buscando promover espacios de comunicación con diversos actores, sociales, comunitarios, públicos y privados en los territorios, con el fin de aportar en la consolidación de una cultura del cuidado, la convivencia y la prevención de las formas de violencias.

2. PREGUNTAS DEL ESTUDIO

Asumir la investigación acción como estrategia metodológica dentro de los procesos de intervención social trae como consecuencia el encontrar en la praxis el nicho del que emergen nuevas preguntas en cuanto al sujeto y objeto mismo de la intervención, para el caso del proyecto Familias fuertes y resilientes: familias, prácticas de cuidado, promoción de la salud mental y convivencia.

De este modo, y si se tiene en cuenta las directrices ofrecidas desde el mismo proyecto al profesar que se debe garantizar la participación, concertación e incidencia de los mismos sujetos y familias sobre las decisiones que los afectan en los diferentes contextos de interacción, sean estos, económico, político, cultural y ambiental con el fin de posibilitar el desarrollo de las capacidades, competencias individuales y colectivas de estos. Aparece la necesidad de preguntarse por:

¿Cuáles son los contextos de interacción en los que se desarrollan los sujetos y las familias que participan del proyecto?

¿A qué factores de riesgo psicosocial se exponen los sujetos y familias en sus contextos de interacción social?

¿Qué significados tienen los sujetos sobre el autocuidado y el cuidado familiar?

¿Cuáles son las prácticas personales y sociales utilizadas por los sujetos y las familias para promover su autocuidado y la convivencia?

Responder estos interrogantes se constituye en un intento por dar contenido a la definición de salud mental propuesta por la OMS cuando plantea que la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2013).

3.OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Si se sostiene que el enfoque de salud familiar y comunitaria orienta la reorganización del sistema de salud en función de la situación socio sanitaria de las personas, familias y comunidades y para ello identifica las necesidades, potencialidades y relaciones de las personas, familias y comunidades, en territorios y entornos específicos y reconocidos. Se entiende la necesidad de establecer unos objetivos que recreen interrogantes y viabilicen las respuestas a estos con el fin de poder contextualizar las acciones y así poder aportar en la construcción de herramientas para la generación de nuevas formas de relación interpersonal y familiar basadas en las realidades cotidianas de las familias y orientadas a la promoción de una cultura basada en el respeto, la equidad y el trato digno.

Objetivo general:

Comprender como los sujetos y las familias establecen prácticas de cuidado que les permiten afrontar las condiciones de riesgo presentes en sus contextos de interacción con el fin de develar cuales de estas promueven la salud mental, el cuidado familiar y la convivencia comunitaria

Objetivos específicos:

- Caracterizar las condiciones individuales, familiares, sociales y comunitarias presentes en los contextos donde se realizó el proyecto que se configuran como riesgos para la salud mental, el cuidado familiar y la convivencia comunitaria.
- Describir las prácticas de cuidado utilizadas por los individuos, las familias y la misma comunidad para cuidar su salud mental y promover la convivencia.
- Reconocer las creencias y significados que motivan y mantienen las diferentes prácticas de cuidado utilizadas por los individuos y las familias.

4.METODOLOGÍA

4.1. Paradigma y enfoque metodológico

Esta investigación tomó los datos de la realidad a estudiar de las creencias, opiniones, actitudes y conocimiento que tanto individuos, como familias, técnicos y académicos referenciaban a la hora de pensar sobre la salud mental y la convivencia y las capacidades y recursos personales y sociales con los que las personas afrontan y deciden en su vida cotidiana.

Lo anterior implicó tener en cuenta la subjetividad de quienes participaron del proyecto Familias fuertes y resilientes (usuarios, agentes primarios en salud, profesionales psicosociales, coordinadores, comunidad) a la vez que rescató como fuente de conocimiento la vida cotidiana de estos, permitiendo asumir lo que se ha definido en investigación como paradigma interpretativo.

Este paradigma prioriza la comunicación con el otro como escenario para reconocer su experiencia y su interpretación, de modo que se logre comprensiones de un fenómeno complejo, en este caso la salud mental y la convivencia, por tanto, se centra en la recolección de datos verbales, en los cuales se expresa el conocimiento y la visión que han construido sobre el tema los participantes, sean estos beneficiarios directos o indirectos, técnicos o interventores.

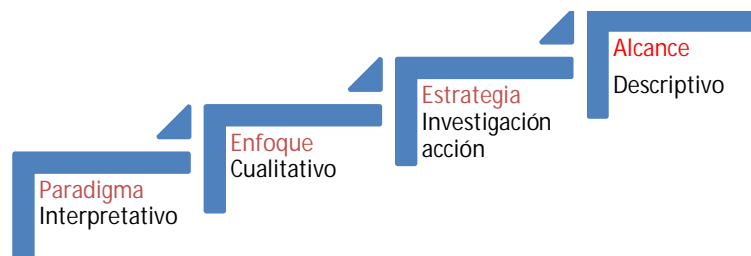
La cualidad de la información generada, compromete un enfoque cualitativo, ya que parte del principio en el que la realidad y el sujeto del conocimiento son interdependientes, por lo que además de reconocer los participantes como sujetos activos en la construcción de sus realidades, rescata el análisis, comprensión y definición que ellos mismos hacen de sus percepciones, juicios y emociones.

Estrategia metodológica

La estrategia de investigación que orientó el estudio fue la investigación acción, definida como una práctica investigativa que parte del punto de vista de los participantes de un proyecto de intervención, como datos básicos para construir una comprensión de los fenómenos que se van dando en la realización de este, en la cual el investigador tiene como función reconocer los significados particulares que dan los individuos a su experiencia de participación y al proceso de cambio surgido durante ella, para finalizar en la una producción teórica que recoja de manera abstracta las formas como estos dan cuenta de la experiencia vivida.

Estas son las razones por las que el estudio se estructuró con la finalidad de aportar a la cualificación metodológica del proyecto ya que al caracterizar los contextos, reconocer los significados e identificar las prácticas permitirá recrear acciones administrativas, referentes conceptuales y diseños técnicos respondiendo de una manera contextualizada a problemas sentidos y reales de la vida cotidiana de las comunidades, y desde ahí poder definir, describir, ordenar y teorizar sobre la salud mental y la convivencia en contextos de vulnerabilidad social.

El diseño metodológico podría ser graficado del siguiente modo



4.3 Población de estudio

La multiplicidad de actores que participan en la ejecución del proyecto Familias fuertes y resilientes, permite pensar los sujetos de intervención como sujetos de la investigación. De ahí que al hacer parte de manera directa o indirecta del proyecto cualquiera podría constituirse en fuente de información de este modo, la selección de los informantes partió de una elección deliberada e intencional.

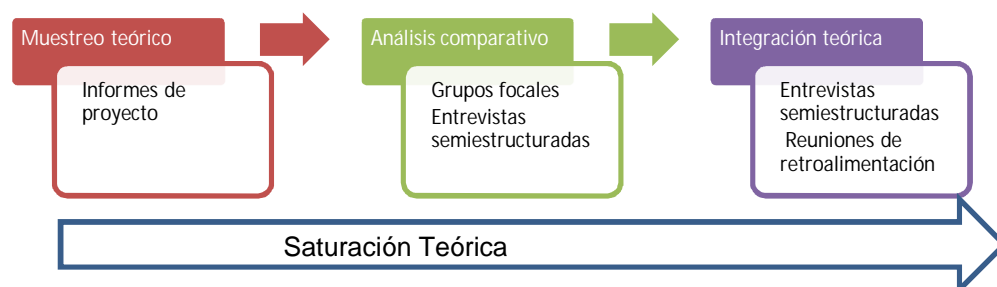
La estrategia tenida en cuenta a la hora de seleccionar las personas que conformaron los distintos grupos utilizados para la generación de la información fue la de *Muestreo Teórico* definido como:

El muestreo teórico es el proceso de recolección de datos para generar una teoría por medio de la cual el analista a la vez recoge, codifica y analiza su información y decide que datos escoger inmediatamente después y donde encontrarlos, a fin de desarrollar su teoría tal como esta va surgiendo.+(Glaser y Strauss. 2012)

Conformados los grupos para los encuentros familiares y el mapa de actores, se identifican algunas organizaciones comunitarias, se pasa a contactar líderes y participantes de los encuentros, de igual modo se define contar bajo metodologías grupales los agentes psicosociales y el grupo de agentes primarios en su totalidad.

La selección de interlocutores se hizo de manera intencional y deliberada, teniendo como referencia los objetivos de la investigación, se analizó la pluralidad

de actores sociales contemplados como universo de población según el principio de cobertura máxima y saturación de información lo que configuro una lógica secuencial del siguiente modo:



4.4 Generación de la información

Teniendo presente las preguntas de investigación se optó por asumir estrategias dialógicas e interactivas; las primeras, entendida como toda aquella acción regulada que tiende a favorecer la acción comunicativa y a generar conversaciones en un ambiente de seguridad lo que implica un diálogo creciente y gradual configurado como una de las fuentes principales de producción de información.

Las segundas, interactivas, se conciben como dispositivos contextualizados que posibilitan visibilizar sentimientos, vivencias, formas de ser, creer, pensar, actuar, sentir y relacionar, que se manifiestan en la interacción de los sujetos con el investigador.

Estas estrategias favorecieron la relación intersubjetiva, la mirada desde el interior de los beneficiarios del proyecto y la reflexividad de agentes primarios y psicosociales, además de facilitar en el investigador la comprensión de creencias, mentalidades, mitos, prejuicios, modos de vida, entre otros.

Las técnicas utilizadas fueron:

- **Revisión documental**

Los informes mensuales realizados por la coordinación del proyecto para Secretaría de salud, constituyen la base fundamental de la información descriptiva, ya que al estar estructurados a modo de sistematización están compuestos por:

los distintos momentos del proceso, las estrategias y actividades realizadas y una valoración en términos de logros, dificultades y recomendaciones.

- **Grupo focal.**

Definido como una técnica grupal, permite captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Algunos autores centran la atención sobre la importancia de la técnica como método de investigación colectivista, más que individualista, que enfatiza en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, en un espacio de tiempo relativamente corto.

Como tal es una técnica de gran utilidad para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera.

Su utilización en este estudio se planificó en base a dos elementos constitutivos de la investigación cualitativa; exploración y descubrimiento, contexto y profundidad, e interpretación.

- Contexto y profundidad: reconocer como los agentes primarios y los psicosociales caracterizan los diferentes contextos, identifican las prácticas y las valoran en términos de la promoción del cuidado y la salud mental y la convivencia.
- Interpretación: dar espacio a las reflexiones que establecen los encargados de la intervención es reconocer las estrategias utilizadas para encontrarse con sujetos, familias y comunidades y valorar la capacidad para interpretar y responder a la multiplicidad de realidades y formas subjetivas de los actores cumplir con los objetivos del proyecto.

Durante el estudio se realizaron cuatro grupos focales dos con agentes primarios y dos con psicosociales, cada grupo tuvo una duración de tres horas.

Los grupos permitieron establecer puntos de problematización en torno a tensiones en el proceso de intervención, descripción de contextos desde un enfoque de determinantes de la salud y una caracterización de prácticas de cuidado desde el enfoque de las capacidades.

- **Entrevista semiestructurada**

Como tal se puede definir como una conversación provocada por el entrevistador; realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; en un número considerable, que tiene una finalidad de tipo cognitivo, guiada por el entrevistador, y con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado.

En la investigación se realizaron once entrevistas a líderes comunitarios, y beneficiarios directos del proyecto de diferentes comunas de la ciudad. Las entrevistas se realizaron luego de haber organizado y realizado el primer análisis de la información producida en los grupos focales y los informes de coordinación.

4.5 Organización y análisis de la información

Toda la información verbal y gráfica fue transcrita en Microsoft Word, y organizada en tablas, cuadros, mapas conceptuales, registros fotográficos y nubes de palabras de manera que pudiera compilar la mayor información posible para cada una de las técnicas utilizadas en la generación de la información. Posteriormente se organiza el análisis de la información de acuerdo con los objetivos planteados, configurando un apartado por cada uno de los objetivos planteados.

5. CONCEPTOS ORIENTADORES

La estrategia de Familias Fuertes y Resilientes se sostiene en varias apuestas teóricas que a la vez se constituyen en elementos orientadores en la comprensión de los sujetos de la atención, el objeto de la intervención y los objetos y sujetos de investigación, a continuación se describen, con el fin de ilustrar sus principales condiciones:

5.1 Atención Primaria en Salud (APS)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978) es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como ~~el~~ primer elemento de asistencia sanitaria+ que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios; en Colombia, la Ley 1438 de 2011, define la APS como ~~la~~ estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana+(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, pp. 34. 35).

Se rige por los principios de universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque deferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad, y busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes, superponiendo los objetivos de las personas y las comunidades sobre los agentes y reorienta su intervención, por lo tanto, tiene un énfasis en el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, pp. 34. 35)

5.2 Gestión de Riesgos

Entendida según el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 como el conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas

que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad) de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El proceso de gestión de riesgo en salud tiene cuatro etapas necesarias para cumplir sus propósitos: 1. Identificar los riesgos en salud de la población; 2. Evaluar el nivel de riesgo de cada factor causal para cada persona y para la población en su conjunto; 3. Determinar el impacto social y financiero de las enfermedades y; 4. Desarrollar una estrategia de reducción de riesgo que incluya programas y proyectos que generen utilidades sociales y financieras cuantificables (Gómez Rivadeneira, 2014). En incluye según PDSP 2012-2021 acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes

5.3 Promoción de la Salud

Consiste según la Carta de Ottawa (1986) en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, de forma que un individuo o grupo sea capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. En este sentido, la salud no es el objetivo, sino la fuente de riqueza de la vida cotidiana, un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Bajo esta idea, el PDSP 2012-2021 establece que la promoción de la salud es el conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando a los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Para lograrlo, se incluyen acciones en (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013):

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

5.4 Enfoque Socio-Ambiental en promoción de la salud:

La atención de este enfoque está centrada en los elementos que se encuentran en el ambiente y que contribuyen a favorecer el mantenimiento de la salud o la aparición de la enfermedad en un individuo o grupo. Este paradigma emerge del campo social- ecológico. Su premisa fundamental es que la salud es producto de la interdependencia entre la persona y los subsistemas del ecosistema, tales como, la familia, la comunidad, la cultura y el ambiente físico y social. Para promover salud, estos ecosistemas deben ofertar condiciones económicas y sociales que conduzcan o contribuyan a estilos de vida saludables.

Desde una perspectiva ecológica los cambios en el comportamiento individual y ambiental o los sistemas de cambios son elementos que se requieren como iniciativa para la promoción de salud, ninguno de los dos por si solos es suficiente.

Dentro de sus características fundamentales se destaca; en primer lugar que el concepto de salud va más allá del bienestar físico emocional para incluir el bienestar social a nivel individual y comunitario; podría ser visto más bien como un recurso para la vida diaria que un estado al cual se aspira. Los determinantes de

salud que aborda son factores de riesgo psicosocial ej: la baja autoestima; condiciones de riesgo socio-ambiental dadas por la pobreza.

Las principales estrategias que asume este paradigma están relacionadas con las asumidas en la Carta de Ottawa dentro de ellas se destacan:

- Fortalecimiento de la acción Comunitaria.
- Creación de ambientes favorables.
- Estrategias de Empoderamiento, de tipo personal, desarrollo de pequeños grupos, organización y desarrollo comunitario, abogar por políticas de salud pública.

Su éxito consiste en mejorar o perfeccionar la percepción personal sobre la salud, el apoyo social, la acción de grupos comunitarios para crear más equidad social y distribución de los recursos.

5.5 Determinantes Sociales:

La Ley Estatutaria 1751 del 2015, en su artículo 9, entiende los determinantes sociales de salud como aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud+ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Por su parte, en base a Whitehead (2006), en el PDSP 2012-2021 se entienden como las situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Es decir, determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b), y para su abordaje el PDSP establece una claridad conceptual:

- Equidad: ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica.

- **Desigualdad:** resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, étnicos, entre otros, que tiene sus raíces en la estratificación social, de forma que entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales.

5.7. Contextos en la determinación de la salud:

si bien en sus orígenes, la salud pública era esencialmente ecológica y relacionaba la salud y la enfermedad con el medio ambiente y las características de la comunidad, con el descubrimiento de los gérmenes y las teorías etiológicas de la enfermedad que han surgido a partir de allí, se centró la mirada sobre el medio ambiente sobre factores específicos cuya presencia aumentan la probabilidad de enfermar, apareciendo el concepto de riesgo y desde allí una serie de enfoques que centran la atención sea en factores específicos o en hábitos de las personas. Según estos modelos los "estilos de vida" y las "conductas personales" se consideran opciones libres de los individuos, disociadas de los contextos sociales que los delimitan y restringen. Según esta doctrina, "los hechos referentes a la sociedad y los fenómenos sociales han de explicarse exclusivamente por las características de los individuos" (Diez, 2013)

Según el diccionario de la lengua española, dos definiciones permiten comprender el contexto: la primera como el entorno físico o de situación, ya sea político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el cual se considera un hecho, la segunda hace referencia al conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho.

Para el caso de la relación contextos y salud, aparece el llamado análisis contextual que ha sido aplicado como enfoque analítico para investigar el efecto de las características colectivas o grupales sean estas culturales, económicas y políticas en los resultados individuales en el campo de la salud.

5.8 Prácticas de cuidado

Con el fin de estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, la información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, lo que incrementa la demanda efectiva de servicios de salud, para esto se necesita que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; mediante la transformación de sus hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del

colectivo.

Por lo tanto cuando se hace referencia a prácticas de cuidado, se hace uso del concepto a modo de sustantivo y se refiere a cualquier oficio, actividad o acción que se realice de manera constante y con compromiso como para que no sea un evento particular de una vez o de una circunstancia, convirtiéndose en una acción regular que se lleva a cabo por diferentes objetivos, en este caso la promoción de la salud y el fortalecimiento de la convivencia.

5.9 Creencias, prácticas y cuidado

El cuidado humano es inseparable y propio del hombre mismo, todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura. Sin cuidado, en palabras los seres humanos no podrían serlo, por lo que no es posible concebir la vida misma si no existiera el cuidado, sin él, la persona pierde su estructura, pierde sentido y muere. Este hecho marca la existencia humana y muestra el verdadero origen del cuidar que por estar influido por la cultura, es diverso, plural y universal (Muñoz, 2007).

Cuidar de la vida es quizás la acción mínima fundamental de un conglomerado humano. Es algo que no sólo se relaciona con la reacción instintiva de protegerse en forma individual o de grupo ante un agente externo que amenace a la persona o al conjunto, sino que se trata de una acción consciente, concertada y premeditada, determinada por las creencias, costumbres, valores, ideologías, propias de un colectivo, de este modo, toda práctica de cuidado es en sí misma una representación de la cultura y de los modos como esta promueve y mantiene la salud, y las relaciones que establece con la enfermedad en su evitación y tratamiento.

Lo anterior implica que para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas en cada una de sus culturas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera al individuo como poseedor de un conocimiento social que le ha permitido construir sus propias formas de cuidarse, así, se reconoce que la realidad es subjetiva y múltiple y puede ser aprehendida en múltiples perspectivas; lo cual implicaría que los significados también son múltiples al derivarse de las percepciones, experiencias y acciones que los sujetos construyen en relación con los contextos sociales y culturales de interacción.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterización de la población

De los 3960 personas que participaron en el proyecto, se puede afirmar que el 79% de los participantes fueron mujeres, el 61% tenían más de 20 años, siendo el 21% de estos mayores de 60 años, en cuanto a su nivel educativo el 17.6% de los participantes nunca participo en un proceso de educación formal, el 10,8% no alcanzo a terminar la primaria y el 45,5% cuenta haber alcanzado a terminar al primaria, no se presentarán personas con un nivel educativo más allá de secundaria. En cuanto al oficio que desempeñan el 64,7% manifiestan ser amas de casa.

6.2 Determinantes sociales de la salud mental y la convivencia

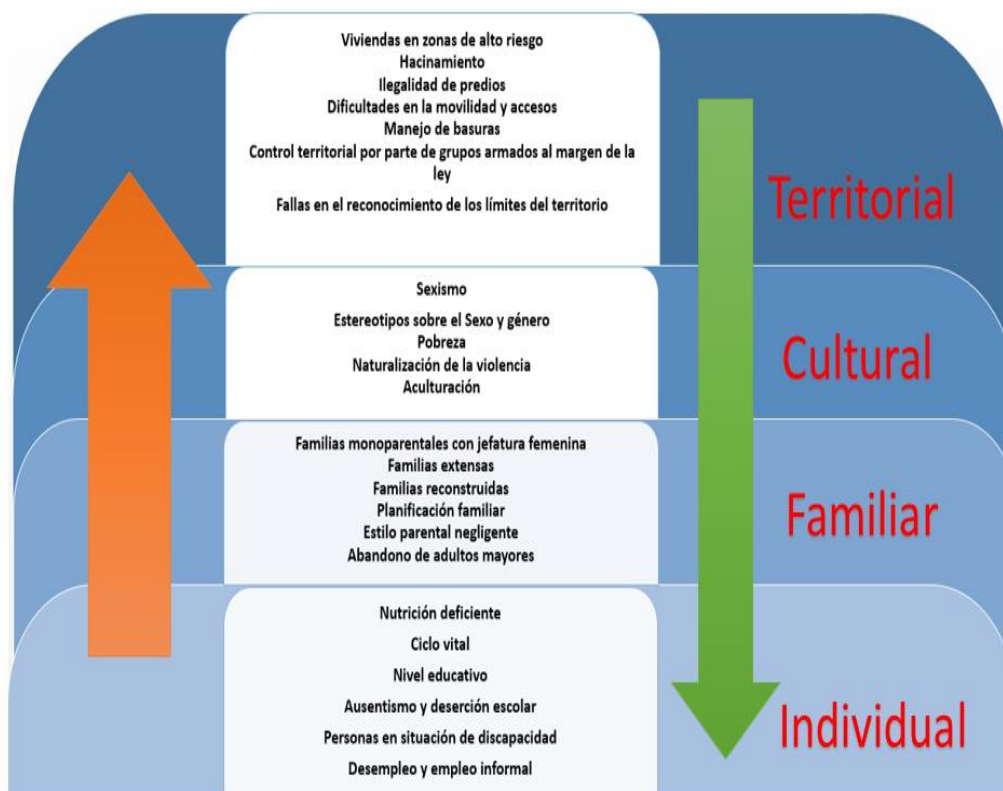
El concepto de determinantes sociales ha adquirido un significado dual refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales y, por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad.

En este trabajo se asume una mirada desde la perspectiva ecosocial para construir una plataforma teórica multinivel donde se entienda que cada nivel de la organización social y biológica, actúa como un todo y condiciona la situación de salud de las personas (Krieger, 1994)

Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos ~~se~~ ~~encarnan~~, es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Ese proceso configura los ~~estilos~~ ~~de vida~~ ~~colectivos~~, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven.

En este apartado se identifican los contextos y los elementos que lo componen en una lógica analítica en la que se van describiendo uno por uno los factores que se

van constituyendo en determinantes para los estados de salud de las personas de las comunidades, no obstante, su comprensión siempre debe ser revisada en términos de interdependencia, como muestra la gráfica.



6.3 Contexto individual.

Hace referencia al espacio como el lugar del cuerpo dentro de un entorno específico, a partir del cual el individuo diferencia el espacio interior de aquello que lo rodea en el medio donde se encuentra, y si bien se organiza según las circunstancias, es también afectado por sus características propias y el significado de las experiencias previas y el tipo de interacciones personales (Granada, 2001), con lo que se adquieren los valores, actitudes y creencias de la sociedad particular a la que se pertenece involucrando procesos intrapsíquicos y las relaciones del individuo con otros agentes de socialización.

En este sentido, los asuntos encontrados a nivel individual en el desarrollo del proyecto pueden resumirse del siguiente modo:

6.4 Nutrición deficiente.

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud.

La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, particularmente en los países en desarrollo. El hambre y una nutrición inapropiada contribuyen a la muerte prematura de las madres, lactantes y niños pequeños, y al desarrollo físico y cerebral deficiente en los jóvenes. (OMS 2013)

La situación de malnutrición es identificada y reconocida por los agentes primarios y los psicosociales como una característica marcada dentro de las familias:

Después de las características que se dan en las familias mucho es la alimentación, allá si desayunan no comen, o almuerzan, se rotan pues como ¿Qué vamos a comer? porque también se evidencia que son familias muy numerosas (o) donde se ha visto que compran dos huevos para el desayuno para revolverlos para 7 personas.+(GAPS2)

6.5 Ciclo vital

Considerando que la exposición a experiencias y entornos desventajosos se va acumulando a lo largo de toda la vida aumentando el riesgo de enfermar, se trasciende la mirada de etapas evolutivas que se iban atravesando de modo secuencial y progresivo, a una mirada en la que circunstancias socioeconómicas configuran desventajas materiales y psicosociales que desde el momento en que se expone a ellas van a configurar un impacto negativo en el desarrollo psicológico y cognitivo, lo que lleva a reconocer el impacto de los entornos de vida con las desigualdades en salud. La tesis sería que la exposición acumulada a lo largo de la vida a entornos perjudiciales o beneficiosos para la salud parece ser la principal explicación de las variaciones observadas en la salud y la esperanza de vida en los distintos grupos socioeconómicos. La desventaja puede comenzar incluso antes del nacimiento.

La situación se refleja cuando una entrevistada hablaba de la presencia de grupos armados en la comuna y la dificultad para que esto termine:

¿Es que así ha sido así por acá, toda la vida. Se mueren unos y nacen otros, pero también que se puede esperar cuando desde pequeños es lo que han visto y han vivido? Que hagan lo mismo, no sirvan sino para hacer daños+

La exposición a condiciones físicas, sociales y culturales por muchos años va configurando unas vulnerabilidades en salud tanto física como mental, una entrevistada lo afirmaba del siguiente modo:

En la comunidad hay muchos niños y ancianos y son ellos los más vulnerables, a mí me da pesar de los ancianos toda la vida viviendo la misma situación y en las mismas condiciones, por eso es que son tan enfermos, se aburren mucho, y uno los ve con ganas de morirse+

6.6 Nivel educativo

El sistema educativo colombiano lo conforman: la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller), y la educación superior. Si se tiene en cuenta que el 73.9% de la población que asistió a los encuentros alcanzo un nivel máximo educativo de primaria, se puede entender porque un profesional afirma:

¿) He abordado las mismas problemáticas que los compañeros y las compañeras han mencionado y reafirmo que una característica que se ve mucho allá, es la baja escolaridad, hay muchas personas analfabetas y cuando mucho lo que terminan es la primaria, hasta ahí llegan, y creo que esto explica muchas de las condiciones en que viven, no solo económicas, también psicológicas(ó)+

La esperanza de mejorar las condiciones educativas de las personas parte del reconocimiento de que este mejoramiento tenderá a disminuir las desigualdades y a equiparar a toda la población en términos de salud, ya que puede contrarrestar el factor de riesgo que supone tener, en edades tempranas, un estatus socioeconómico bajo o crecer en un hogar con bajos ingresos (McKenzie, Carter, Blakely & Ivory, 2011). Es claro que el nivel educativo presentado por los participantes en el proyecto tiene que ver con las características de cuidado reproducidas por las mujeres y la gran cantidad de adultos mayores, lo que pone en evidencia la necesidad de focalizar esta población y volverla activa en las comunidades. Un líder comunitario, entrevistado decía lo siguiente:

¿A los proyectos que se realizan en las comunidades no van las personas que están trabajando o estudiando, por lo general son amas de casa, o personas de la tercera edad, lo que pueden ir en los horarios que se ofrecen, o los que se interesan por estas actividades, pero hay gente que estudia hasta en la universidad, pero uno los ve que

entran y salen de la casa, pero como que se aíslan del barrio, lo utilizan para dormir, entonces a esas personas hay que buscarlas, hay que pedirles que apoyen y ayuden a cambiar el barrio+

Así, la educación debería ser uno de los factores clave para cualquier política orientada al desarrollo del bienestar de los ciudadanos: un buen sistema educativo, accesible en sus distintos niveles a toda la población y especialmente a los colectivos más desfavorecidos, constituye uno de los pilares del estado del bienestar en cuanto que puede hacer disminuir las desigualdades sociales estructurales en salud, afectando en forma positiva y directa a las conductas y toma de decisiones que fundamentan el estilo de vida ciudadano y permitiendo el empoderamiento y socialización de la población, de forma que esta sea más consciente de sus problemas y obtenga más recursos para resolverlos (Navarro, 2009).

6.7 Ausentismo y deserción escolar

Existen estudiantes que no asisten a ciertas clases, esto puede suceder por la falta de empatía con el educador o la educadora que orienta la clase, por la poca confianza que se tiene el o la docente para aprender o porque no le interesa la asignatura o por múltiples factores sociales. Otros y otras estudiantes faltan continuamente al establecimiento educativo, ya sea por días o por semanas; en Colombia según el Decreto Reglamentario 230 del 11 de febrero de 2002 se considera que un ausentismo injustificado de "más del 25% de las actividades académicas durante el año escolar" es un elemento para considerar que el estudiante repruebe el año escolar.

El ausentismo relaciona de forma directa el fracaso escolar con la deserción escolar, entendida como el abandono del sistema escolar por parte de los estudiantes, provocado por la combinación de factores que se generan tanto al interior del sistema educativo como en contextos de tipo, individual, familiar, social, y del entorno. Ausentismo y deserción escolar configuran riesgos psicosociales en tanto exponen a los estudiantes a ambientes no regulados, informales y cargados de valores que perpetúan violencias, daños, entre otros. Un líder comunitario lo plantea así:

¿o) Yo pienso que lo principal, lo primero que nos lleva ahí es la falta de educación y que aquí hay mucha deserción escolar, aquí hay niños que van y se matriculan y van dos meses y dejan de ir tres meses, pero como las entidades no los pueden dejar por fuera, no los pueden desescolarizar vuelven a los tres meses entonces en realidad un chico no está haciendo nada, está en la calle viviendo en la calle, cogiendo vicios de todo tipo(õ)+
(Líder comunitario)

6.8 Personas en situación de discapacidad.

Los factores que determinan que las personas con discapacidad tengan un riesgo mayor de ser víctimas de la violencia son el estigma social, la discriminación y la ignorancia con respecto a la discapacidad, así como la falta de apoyo para las personas que cuidan de ellos. Una agente primaria del proyecto describe lo que tiene que vivir los cuidadores de la siguiente manera:

Entonces uno escucha que las personas dicen es que es que yo no puedo cuidar mi niño, mi niño tiene 17 años y es discapacitado en la comuna 6 hay una señora de edad, tiene 82 años, que tiene un niño discapacitado y allá lo carga para arriba y para abajo, y esa señora se rebusca como sea la comida para darle a ese niño (o) entonces son situaciones muy feas que venimos observando con esta población+

La literatura ha demostrado como las personas con discapacidad son desproporcionadamente vulnerables a la violencia y que sus necesidades se han desatendido por demasiado tiempo, Etienne Krug, director del Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad de la OMS afirma: Sabemos que existen estrategias particulares para prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias. Lo que tenemos que hacer ahora es determinar si también dan resultado en personas en situación de discapacidad. Es imperativo elaborar un plan de acción al respecto+(OMS 2014)

6.9 Desempleo y empleo informal

Existe una relación negativa entre el desempleo y la salud y esta relación está sustentada en una numerosa bibliografía científica. Dentro de los modelos interpretativos se encuentran: la privación económica; que relaciona el desempleo con la pérdida de capacidad económica y las secuelas que conlleva: peor alimentación, peor respuesta ante necesidades extraordinarias (gastos en medicamentos, atención sanitaria, etc), peores condiciones de vida (alojamiento, higiene, etc), la falta de control y lugar de control; develando la actividad laboral como sistema de control del resto de las actividades de la vida cotidiana, el estrés; al afirmar como los desempleados tienen un grado elevado de estrés que combina los problemas económicos, con los profesionales, las perspectivas vitales, y el soporte social; señalando las dificultades en la inserción social que conlleva el desempleo y los efectos que estas carencias tienen sobre la salud.

Lo cierto es que las aportaciones del trabajo no solo se miden en cuanto a condición de satisfacción de necesidades de sobrevivencia y accesos a servicios ya que más allá ofrece la oportunidad de contacto con otras personas, la definición

de la identidad individual, la participación en propuestas colectivas y la contribución al desarrollo.

“El desempleo es bastante, hay mucho empleo informal, hay muchos talleres de maquila, entonces en cada casa uno encuentra unas máquinas y bueno de ahí se saca el sustento para la familia, entonces ahí trabaja toda la familia, pero depende de las temporadas, por lo que a veces es muy incierto”+(GAPS1)

6.10 Contexto familiar

La Política Pública para la Familia en Medellín, reconoce a la familia como: 1) Agencia diversa y plural de formación de seres humanos, sujetos de derechos y responsabilidades; 2) También como agente promotor de la sociabilidad y del ejercicio ciudadano: de la transformación y participación social, a través de los cuales se promueven valores éticos, sociales, culturales, políticos y ambientales; y 3) Como corresponsable en la defensa y protección de los derechos, es decir, un actor activo y estratégico de su propio desarrollo y, a su vez, del desarrollo humano, social, material y ambiental (Alcaldía de Medellín, 2014)

Así mismo, la familia se concibe como *agencia de formación de ser humano*, como ámbito del proceso de socialización (quien soy yo) y de sociabilidad (quienes son los otros y otras, como me relaciono con las demás personas y como se relacionan conmigo), donde se hacen efectivos los principios y significados de la dignidad, los derechos y la seguridad humana; y como *colectivo político*, donde se reconoce la diversidad y la diferencia, marcados por el parentesco, los géneros, las generaciones, las orientaciones sexuales y las subjetividades (Alcaldía de Medellín, 2014).

6.11 Familias monoparentales con jefatura femenina

Por familia monoparental se definen aquellas compuestas por un solo miembro de la pareja progenitora y en las que de forma prolongada, se produce una pérdida del contacto afectivo y lúdico de los hijos, con uno de los padres. Cuando se caracteriza como de jefatura femenina se hace referencia a que es la madre la que se queda encargada de la crianza de los hijos, dentro de las actitudes que se han descrito que asumen las madres en este tipo crianza y que se identificaron en el proyecto se encuentran:

Crianza a cargo de los abuelos: dejar la crianza a cargo de los abuelos que estos se hagan cargo de todo y asuman todas las decisiones educativas, ya que ellos son las personas que finalmente los están manteniendo.

son muchas familias donde los niños los cuidan los abuelos, sea por que la madre es adolescente y no tiene con que cuidar a los niños, o porque le toca salir a trabajar para entrar la comida a la casa, y los gastos de la crianza, pero siempre terminan siendo criados por lo abuelos que ya están cansados o no quieren cuidarlos+

Sobrecarga, cuando no se cuenta con red de apoyo para la crianza, esta se afronta sin contar con otras personas todas las funciones para mantener la familia; proveedoras, domésticas, educativas, lo que termina por generar una sobrecarga de trabajo, que las condenan a una ausencia de vida personal.

El problema es que cuando se encargan de todo ya no les queda tiempo para nada, todo es centrado en la casa, el cuidado y el trabajo, entonces una ve a esas mujeres cansadas, estresadas, y comienzan a tener problemas de salud y en la misma educación de los hijos+

Caso contrario sucede cuando la madre tiene otros hijos, acá lo que sucede es que los mayores deben asumir el cuidado de los más pequeños mientras la madre trabaja:

Muchas veces la mamá va a trabajar y el más grandecito cuida los más chiquitos. Y muchas veces también el más grandecito, que puede estar estudiando, no va a la escuela porque tiene que cuidar de sus hermanitos más pequeños.+(ANE13)

Dependencia cuando se trata de madres adolescentes, lo común es que la madre viva con su hijo en la casa de sus padres, por lo que se deben asumir a los regímenes de autoridad de la familia de origen que termina influyendo en la quien toma de decisiones, situación que facilita experiencias de humillación y maltrato que deben ser aguantados ya que no se dispone de otro lugar donde vivir y no puede mantenerse sola.

Ser madre soltera es muy difícil a mí me toco aguantar muchas humillaciones por parte de mis papás, ellos cuando amanecían bravos o con problemas siempre se la achacaban a uno, le decían que si no fuera por mi embarrada ellos no vivirán así, y que así como había sido grande para tener un hijo que porque no lo hacía para irme de la casa. Pero uno para donde iba a coger sin plata y sin nadie que me apoyara+

6.12 Familias extensas

Se caracterizan por ser una estructura de parentesco que vive en un mismo lugar y se conforman con miembros parentales de diferentes generaciones. Por lo

general las personas son adultos mayores que no cuentan con recursos propios para su subsistencia, lo que afecta diferentes aspectos de la vida de las personas generando ansiedad, angustia, problemas familiares, violencia, abandono y descuido. Así lo recrea una de las entrevistadas:

Un problema muy serio que tenemos en la comunidad es que las familias tiene a su cargo adultos mayores, que son totalmente dependientes de estos, y como por lo general viven tantos niños y adolescentes, entonces surgen muchos problemas, donde el que más sufre es el abuelo+

6.13 Familias reconstruidas

Son aquellos grupos familiares compuestos por una pareja adulta en la que, al menos uno de los cónyuges tiene uno o más hijos de una relación anterior, sean naturales, adoptivos o de crianza y en la que aparece la figura de madrastra/padrastro. Además, es muy posible que estos cónyuges aportan hijos en común a la nueva familia. Incluidas en las familias reconstruidas también están las personas divorciadas que tienen hijos, y cuyos ex esposos/as se han vuelto a emparejar. También las madres o padres solteros/as o viudas/os con sus hijos, quienes pasan por el proceso de formar una familia conviviendo solos o con sus padres, abuelos, tíos o hermanos son considerados miembros de una familia reconstruida.

Dos situaciones reflejan la configuración de este tipo de familias en las comunidades que participaron en el proyecto, de un lado, la premura con las que se organizan las parejas, definen su convivencia y la inmediatez con que terminan este tipo de relaciones, una líder lo expresaba del siguiente modo:

Son familias donde la mamá ya se divorció, tiene otro esposo o tiene hijos de dos o tres hombres diferentes; son muy pocas las familias que son estables, que tienen un hogar conformado a lo largo del tiempo. Aquí las familias como que ensayan, se van a vivir, se embarazaron y tienen un hijo, no funcionó entonces se van; son muy jóvenes, entonces él busca otra y ella busca otro, vuelven y ensayan y así no se toman el tiempo como de encontrar esa pareja, de conocerse bien, no se tiene presente la importancia de formar una familia (õ)+(CA1)

Del otro lado, este tipo de familias implica continuos procesos de ajustes y adaptaciones al sin número de conflictos que implica las relaciones entre padres e hijos, padrastros, hermanos, hermanastros, entre otros familiares políticos o consanguíneos; las cuotas equitativas de responsabilidad entre los nuevos hermanos y los límites en los aspectos disciplinarios de los nuevos padres. Una usuaria del proyecto reconoce este escenario cuando manifiesta:

“Muchos problemas en familias, muchas veces las mujeres son casadas dos o tres veces y mire que ahí dicen: los tuyos, los míos y los nuestros; los hijos del señor más los hijos míos y más los que tenemos él y yo, y eso es a toda hora: usted por qué le dio a este más arroz que a mí, por qué pa´ este la carne más grande, es que acá los hijos suyos hace lo que les da la gana, quien le dijo que usted era mi mamá.”+

6.14 Planificación familiar

Se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que al ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción. Su ventaja radica en que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos. (OMS, 2016)

La decisión de planificar está condicionada a los bajos niveles educativos, las creencias religiosas y la esperanza de asistencia por parte del Estado, así lo reconocen las mismas mujeres de la comunidad:

“Hay señoras que tienen los muchachitos como si pensarán que si tienen 10 o 12 muchachitos les van a dar un premio. Es que porque hay señoras que son muy creyentes y dicen: “As que no, a mí la religión no me deja planificar” entonces uno les dice: “No muchachas, es que ustedes tienen que planificar porque como se van a llenar de familia y ustedes solas” o tienen 6, 8, 10 muchachitos y todos de papás diferentes. Entonces son familias que no, como muy desavenidas.”+(ANE13)

6.15 Estilo parental negligente

Los padres de este estilo se caracterizan tanto en la poca restricción, disciplina, exigencia, y comunicación como en la poca calidez; ellos no imponen límites, inclinándose a dejar que sus hijos hagan lo que quieran, porque su propia vida es tan estresante que no tienen la energía suficiente para conducir a sus hijos, teniéndolos sin cuidado a causa de la baja responsabilidad de los padres. Los padres negligentes no desempeñan ningún papel ni muestran mayor interés

en dirigir el comportamiento del niño, por la tanto el niño posee libertad de atender o desatender los deseos de los padres. Al respecto una usuaria manifiesta:

Hay muchas familias que la mamá es mamá y papá, y los niños no tienen una persona que esté pendiente de ellos, o sea que son unos niños a la deriva; son unos niños que no tienen una persona que se preocupe por ellos, son niños que pueden estar en edad escolar y están desescolarizados en este momento, que se mantienen por ahí en la calle a merced de lo que los vecinos y lo que la gente pueda hacer por ellos.+(ANE13)

El estilo parental negligente se demuestra cuando los padres se caracterizan por ser fríos y distantes con sus hijos, una escasa sensibilidad a las necesidades de los niños, ausencia de normas, pero en ocasiones el control que ejercen es excesivo sometiendo al niño a un fuerte castigo sin mediar ninguna explicación o razonamiento de la conducta indebida del menor.

Uno ve pelaitos que andan pa arriba y pa abajo todo el día, sin Dios ni ley, uno no sabe no que hacen todo el día y los papás como si nada y cuando les ponen quejas entonces acaban con el pobre muchacho, y uno ve esas pelás en las que en verdad lo que hacen es que los maltratan, como si los niños solo necesitaran reja+

6.16 Abandono de adultos mayores

Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posee una vida laboral útil y comienza a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y trasforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos. El abandono consiste en que el adulto es desplazado fuera de la familia y se comienza a descuidar la satisfacción de sus necesidades básicas aumentando sus condiciones de vulnerabilidad, un líder comunitario describe la siguiente situación:

Por ejemplo, los abuelos no los tienen en cuenta para nada, sufren mucho, por ejemplo, sonō por ejemplo tengo una abuela en este momento que literalmente están aguantando hambre porque el esposo es muy viejito, trabajaba vendiendo chances y se enfermó y no le volvieron a dar trabajo por enfermo y por viejito entonces prácticamente están a la merced de dos hijos que son casados, tienen familia, y les pagan arriendo, la semana pasada me dijo la viejita (ō) que era que estaba prácticamente aguantado hambre que debían en la tienda 150 mil pesos y eso les viene del subsidio de adulto mayor y en la tienda no les iban a fiar más entonces se estaban muriendo de hambre prácticamente (ō)+(JPIIA9)

6.17 Contexto cultural

Referidos a las formas y usos del espacio a partir de los sistemas de valores propios de una sociedad (ō), como productores (clasificador, regulador, impulsor-inhibidor) de

significaciones, los cuales se manifiestan a través de su uso social y, a la vez, lo soporta y permite su funcionamiento+(Granada, 2001).

La cultura es definida por Fischer (1992) como el conjunto de las modalidades de la experiencia social, construidas sobre unos saberes aprendidos y organizados como sistemas de signos dentro de una comunicación social que proporciona a los miembros de un grupo un repertorio, y constituye un modelo de significaciones socialmente compartidas que les permite comportarse y actuar de manera adaptada en el seno de una sociedad+(Fischer, 1992).

Bajo esta idea, el proyecto de Familias Fuertes y Resilientes encontró como características de los contextos culturales:

6.18 Estereotipos sobre el Sexo y género

Asumiendo que el sexo se determina por las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Generalmente no se puede cambiar, salvo con intervenciones quirúrgicas y el género se refiere a las atribuciones de hombres y mujeres que pueden variar razonablemente de una sociedad a otra, según el concepto que tenga cada sociedad de las normas masculinas y femeninas.

Es claro que la educación ha distribuido roles en los que generalmente se espera que las mujeres y los hombres realicen tareas diferentes en la edad adulta, y desde la niñez son criados o socializados dentro de los parámetros del comportamiento esperado a fin de que realicen esas tareas más adelante en su vida.

Esta distribución de roles se ha centrado sobre dos aspectos fundamentales, el asunto del cuidado y la división del trabajo, así se parte de la tesis de que hombres y mujeres tienen comportamientos característicos según su género, valores, creencias, pautas y normas sociales particulares. Esto en la medida en que las sociedades y culturas establecen aquellos comportamientos considerados adecuados para hombres y mujeres, les asignan determinados espacios y valoraciones, así como atributos estereotipados, todos los cuales son vistos como pertenecientes al orden natural de las cosas, es decir, se naturalizan. Al respecto una mujer manifiesta:

“Lo que más me preocupa es que hoy en día las niñas han cambiado mucho, se creen hombres, quieren hacer lo que les da la gana, ya no se les puede poner a hacer nada en la casa porque se enojan y solo quieren estar en la calle”

Los estereotipos de género generalmente son negativos porque limitan las oportunidades de las mujeres y los hombres para realizar su potencial de desarrollo y salud, y deberían siempre validarse o refutarse mediante consultas con la población en cuestión para evitar suposiciones erróneas. un entrevistado reconoce estos aspectos cuando manifiesta:

no son las mismas oportunidades ni para estudiar, ni para trabajar, ni para nada, los hombre siempre han tenido más ventajas, ellos salen y ya, a uno le toca antes de salir organizar la casa, dejar la comida hecha, y estar pendiente de todo, entonces muchas veces da pereza y termina quedándose una en la casa.+

No obstante, hay que dejar claro que las mismas normas, roles y estereotipos de género que perjudican a las mujeres pueden tener un efecto diferente en los hombres e impedirles que realicen su plena capacidad para cuidar, nutrir y ser responsables ante su familia y su comunidad.

Es claro que cada vez más hombres participan de la crianza y la educación de los hijos, asisten a eventos y talleres, sin embargo se deben buscar otras estrategias de vinculación a estos proyectos que los motiven y se les adecuen a sus condiciones+ (Profesional psicosocial)

6.19 Sexismo

Consecuencia de los estereotipos de género, nuestra cultura ha estructurado valores e ideologías sostenidas sobre el sexismo, definido como todas aquellas prácticas y actitudes que promueven el trato diferenciado de las personas en razón de su sexo biológico, del cual se asumen características y comportamientos que se esperan hombre y mujeres actúen en su vida cotidiana. Las prácticas sexistas afectan principalmente a mujeres dados los estereotipos mencionados anteriormente, un líder comunitario entrevistado manifiesta:

Nosotros la tendencia es que, yo me quito y tiro, y usted lava porque usted es la mujerõ yo también estoy trabajando; pero usted es la mujer, entonces responda. Porque hay hombres que no son capaz si quiera de coger la ropa y echársela a la lavadora (porque no es si no echársela a la lavadora y darle puntico a eso y eso lava solo), ni eso, porque son machosõ porque si a mí me ven trapeando en mi casa, ¡Uy, este marica es gay, es como raro. Éste no es tan macho, ahí la que manda es la mujer!... o si a mí me ven cocinando, ¡No, ¿éste man es que es guevon?, es el esclavo de allá!; entonces está ese machismo pues instaurado ahí. Y la mujer tiene que trabajar toda la semana y madrugar, despachar al esposo, a los hijos recibirlos, trabajar, barrer, trapear, lavar, cocinar, todo; porque es la mujerõ entonces resulta siendo más macho que nosotros. Resulta trabajando

más duro que nosotros mismos; pero como nosotros traemos la comida, usted se encarga de todo pero ella también está aportando con los servicios, con la ropa, con los quehaceres de la casa+

6.20. Pobreza

Ser pobre es no tener o ver negados recursos suficientes para participar de forma significativa en la sociedad. Según las Naciones Unidas, tal como se explica detalladamente en el Informe sobre el desarrollo humano 2000, se pueden distinguir dos formas de pobreza: "pobreza humana" y "pobreza de ingresos". La pobreza humana "se define por el empobrecimiento en múltiples dimensiones: en una vida larga y sana, conocimiento, nivel de vida decente, participación". Un líder comunitario reconoce este tipo de pobreza cuando plantea:

%er pobre no es solo no tener dinero para satisfacer las necesidades, es también no tener ánimos, ni espíritu para salir adelante, eso es lo que más me preocupa de muchas personas de esta comunidad que se van acostumbrando a sus condiciones y ya como que no quieren salir adelante, como que no les importa lo que viven y como viven+

El segundo tipo de pobreza se refiere a la carencia de ingresos, en esta perspectiva, la pobreza de ingresos constituye un determinante crítico, pero no el único, de la pobreza humana, incluida la expresión de esta en un menoscabo del estado de salud. Un usuario manifiesta:

%s que en realidad hay gente muy pobre que si tiene para el desayuno, no tiene para la comida, que vive en condiciones de precariedad, entonces uno se pregunta cómo hacen para sobrevivir, es que en verdad uno sabe que no les alcanza, y para colmos de males son los más enfermos, los más desprotegidos+

6.21 Naturalización de la violencia

El proceso de naturalización de la violencia se apoya básicamente en algunas construcciones culturales de significados que atraviesan y estructuran el modo de percibir la realidad. Se sostiene sobre la creencia de que determinado sector, grupo o personas se invisten de poder y este es entendido como instrumento de dominación. Cuando esta subordinación deviene en abuso y maltrato, se convierte modelo de socialización para las personas que habitan el territorio.

Por lo general estas construcciones sociales se apoyan en dos ejes conceptuales: estructuración de jerarquías y discriminación de lo *distinto*, formando un conjunto de acciones y omisiones que tiene como resultado la percepción de la violencia como un modo normalizado de resolver conflictos interpersonales. Un agente psicosocial describe esta naturalización y sus riesgos:

«Son comunidades marcadas por la violencia, esta ha sido naturalizada en las relaciones interpersonales, en las prácticas sociales, la violencia es considerada el modo más eficaz de resolver conflicto, desde la práctica simple de corregir a un hijo hasta el modo como exigen sus derechos»

6.22 Aculturación

Se define al proceso de adaptación gradual de un individuo (o de un grupo de individuos) de una cultura a otra con la cual está en contacto continuo y directo, sin que ello implique, necesariamente, el abandono de los patrones de su cultura de origen. Dicho contacto suele derivar en influencias culturales mutuas que comportan cambios en una o en ambas culturas.

En sí consiste, por un lado, en la incorporación de elementos de la nueva cultura y, por otro, en el reajuste de los patrones culturales del individuo o grupo, motivados ambos por la necesidad de reorientar sus pensamientos, sentimientos y formas de comunicación a las exigencias de las realidades externas. A través de las actividades de incorporación y acomodación, el individuo va aprendiendo a desenvolverse, con altibajos, en la nueva cultura. Teniendo en cuenta que el proceso responde a una búsqueda de equilibrio (que a su vez implica una reorganización permanente), la aculturación, lejos de ser un proceso lineal, se desarrolla en sucesivos movimientos de avance y retroceso, de prueba y ensayo, de acercamiento y alejamiento entre ambas culturas. Una entrevistada reconoce las implicaciones de este proceso cuando declara:

«Este barrio es el segundo barrio en la Ciudad que más recibe población desplazada. Entonces aquí tenemos gente de todo el país, o sea, una cantidad de culturas diferentes que para uno es muy difícil de abordar. Instaurarle a una persona de viene de la Costa que trae una manera de ver las cosas, otro que llegue de Pasto trae otra manera, otro que llegue del Quindío trae otra manera; entonces es una cantidad de culturas diferentes, una cantidad de genios diferentes y la gente llega acá y usted va y le dice algo y se le enoja. Entonces uno tiene que aprender a lidiar con eso, es como eso, la diversidad sobre todo de culturas que hay porque para nosotros es más difícil y las personas de por sí, las mismas personas del barrio no aportan mucho para que se dé el cambio, entonces es un solo grupo luchando contra todo un barrio.» (CA1).

6.23 Contexto territorial

Baker (1968) lo concibe como un escenario de comportamientos donde el ambiente se trata como un sistema de interacciones entre características físicas y sociales que se combinan (positiva y negativamente) con los componentes culturales específicos en una situación concreta, y a su vez Altman (1975) define el *territorio* como un área geográfica ocupada, invadida o visitada por una persona o grupo, que se apropian y personalizan el lugar a través de manifestaciones culturales y usos como el trabajo, ocio o mercado, que establecen fronteras interpersonales y funciones de control recíproco (Granada, 2001).

En este sentido, el comportamiento territorial del sujeto es altamente socializado, de forma que no depende únicamente de las propiedades físicas del lugar sino de sus atribuciones simbólicas, sin que implique una posesión legal del espacio, sino una presencia mediada y limitada por las significaciones culturales. Así, el territorio se constituye como un límite que se extiende desde afuera, un hábitat, un referente físico de la identidad cultural y ciudadana, una idea política que permite movilizarse, expresar y negociar derechos tanto con el estado como con la sociedad civil; un espacio socioeconómico donde los paisajes, tecnologías, reglas, normas e instituciones conforman una unidad; es una dimensión coherente para la intervención y planificación del desarrollo. (Granada, 2001)

6.24 Viviendas en zonas de alto riesgo

Por zonas de alto riesgo se definen áreas urbanas o rurales, en gran parte ocupadas con vivienda que por su conformación topográfica de altas pendientes, características hidrogeológicas o por presencia de procesos de inestabilidad geológica activas o latentes, por estar sometidos a una amenaza o riesgo externo, son altamente inestables y de difícil tratamiento para su recuperación; así como aquellos terrenos ubicados en márgenes de quebradas o ríos y en planicies de inundación carentes de obras de protección y que no son aptas para la localización de asentamientos humanos. Un líder refleja esta condición, del siguiente modo:

La vivienda es lo más problemático, ejemplo, unas están ubicados en terrenos que están en peligro, zonas de alto riesgo de deslizamiento, incluso en la comuna 8 en este momento van a desalojar más de 60 familias ¿por qué? Porque están a toda la periferia del Pan de Azúcar, entonces las casitas que ellos tienen en ese sector, son casitas que son de madera, son casitas que ellos han venido construyendo y que tienen todo el riesgo de caerse+(GAPS2)

6.25 Hacinamiento

El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de la vivienda. La idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. La ocupación se determina a partir de identificar el número de personas por unidad de alojamiento. La densidad se determina en referencia al espacio (personas por metro cuadrado) o la ocupación por habitación (personas por habitación). Los estándares de privacidad también varían, pero muchas normas incluyen distinciones respecto a personas de diferente sexo, no casadas y menores de cierta edad. Un entrevistado reconoce las consecuencias del hacinamiento cuando plantea:

¿as bueno y malo a la vez tenemos una habitación donde dormimos tres por decir algo, pero resulta que eso también es hasta rico home, porque es que llegaron tres, llegamos tres personas y nos acostamos a ver la novela porque no hay sino un solo televisor, a debatir sobre ella, a cualquier cosa y eso hace como q la familia se integre más y están más ahí. Lo otro es que como los espacios son tan pequeños, todos vivimos en una alcancía, en una casita de fósforos entonces todos estamos ahí. Nos chocamos para ir al baño, nos chocamos para ir a la cocina+(LS80)

6.26 Ilegalidad de predios

Dado que el asentamiento de muchos de estos territorios se ha dado mediante la ocupación de un terreno sin tener para hacerlo, un título jurídico que permita esta ocupación, mediante la construcción de una vivienda precaria, haciendo que la delimitación del lote no sea algo regularizado, ni en tamaño, ni en forma, sino que obedezca más a la posibilidad de lucha por un dominio territorial que se simboliza con la vivienda rancho y con un banqueo, estos predios y las viviendas no cuentan con la titulación que les hace dueños.

La titulación de predios consiste en legalizar mediante cesión a título gratuito la ocupación ilegal de un terreno con vivienda de interés social, estos predios deben ser de propiedad del Estado, denominado bien fiscal y cumplir las siguientes condiciones: no encontrarse en zona de alto riesgo, y no tener una destinación dentro del instrumento de ordenamiento territorial, para salud o educación. No obstante, las condiciones de los asentamientos, llevan a que las familias se

encuentren en un limbo entre asumir riesgos y esperar a que les legalicen. Una de las líderes comunitarias expresa:

Uno de las escrituras, lo de las escrituras es que, dijeron que iban hacer una reunión, pero como esto figura en zona de riesgo donde yo vivo y todo este sector de aquí paqabajo (õ) Entonces vinieron que, me pidieron hasta permiso para poner unas máquinas, y le dije, a la hora que vengaõ por allá están que por debajoõ me dijeron a mi esta semana, por Juan Pabloõ no han subido todavía. Entonces eso es lo que nosotros queremos, si los dejan bien, y si los van a echar paqotra parte, pues que los saquen, pero que nos digan porque ya llevamos ocho añosõ que ya los van a sacar, que ya no y tal cosaõ entonces uno no sabe si ponerle mano a una casa o no+(OMA9)

6.27 Dificultades en la movilidad y accesos

Se entiende como la dificultad para movilizarse hacia la comuna y dentro de ella, de un barrio a otro, o a la vivienda. Largas escaleras, caminos de menos d un metro de ancho, rieles, y puentes improvisados con materiales de desecho, constituyen la maya vial de estas comunidades que continuamente se ve bloqueada, dificultando incluso el ingreso de alimentos a los barrios. A esta situación se expusieron los profesionales del proyecto cuando en un encuentro encontraron las vías cerradas, así narró la situación:

Los afecta mucho lo que es la movilidad, estuvimos en la comuna 8 en el encuentro barrial y tuvimos ciertas barreras por materia de movilidad por lo mismo, las calles son muy cerradas y hubo un accidente, un choque, un carro se volcó, y no había acceso para ir hasta allá, entonces imagínate todos en conjunto subiendo carpas todo, tenías dos opciones, una subir una loma así empinada, o subir 500 escalas. Hasta allá no llega el carro de la basura, ellos tienen que bajar el día que viene la basura hasta allá, y volver a subir 500 escalas para ir hasta mi casa, mucha gente no quiere ir a llevar basura. Entonces la parte de la movilidad también afecta mucho, y afecta en la convivencia con estas familias.+(GAPS2)

6.28 Manejo de basuras

Mediante la Ley 1801 del 29 de julio de 2016 fue expedido el nuevo Código Nacional de Policía y Convivencia, con el objeto de establecer de manera preventiva las condiciones para la convivencia en el territorio colombiano, propiciando el cumplimiento de los deberes y obligaciones tanto de personas naturales, como de personas jurídicas; presentando un apartado exclusivo para el manejo de basuras, reconociendo esta situación como un factor desencadenante de múltiples dificultades para la convivencia. Una usuaria del proyecto manifiesta:

El tema por ejemplo de basuras, porque las personas no tienen esa cultura de que el carro de la basura pasa tal día. Aquí el carro no nos va a pasar puerta a puerta; hay

unos puntos donde hay que sacar la basura unos días que pasa el carro, y la gente, pasa el carro hoy a las dos de la tarde y a las tres ya está lleno otra vez de basuras, entonces es muy complicado eso y hemos tratado con la gente eso, y eso si se va a lograr, pero no ya; eso se va a demorar más, eso se va a demorar un tiempo porque la gente es muy inconsciente+(CA1)

6.29 Control territorial por parte de grupos armados al margen de la ley

Los combos delincuenciales de Medellín son agrupaciones de jóvenes que habitan en el barrio y ejercen el control territorial sobre un espacio determinado, y cuyas estructuras son inestables, tanto por las alianzas que se hacen y se destruyen, como por la acción policial. Tienen autonomía, capacidad de autofinanciación y sus integrantes generalmente tienen entre 10 y 25 años (Jaramillo & Gil, 2014). Por su parte el control territorial se define como la capacidad que tiene un actor de dominar un territorio gracias a su capacidad de autofinanciación, de coacción y de ejercer el control social (Botero, 2017).

Los combos yo diría que los combos, porque aquí se vive una paz, aquí vivimos en paz, estamos tranquilos; pero todo eso conlleva a que se tiene que pagar de alguna manera y es que los combos al tendero le cobran un impuesto o una vacuna o lo que sea, y ese impuesto termina trasladado hacia nosotros, entonces mucha gente dice: ¡no, aquí somos o vivimos una vacaneria!, ¡Ah!, pero es que todo está muy caro. Pero es que todo tiene que costar, si queremos vivir en paz nos tiene que gustar porque en cuanto a eso hay un abandono del estado. El estado, o sea, la delincuencia aquí en Medellín, a diferencia del resto del País es que aquí son organizados, entonces tienen que todos los combos le rinden cuentas a alguien; si me entendés, entonces el impuesto tiene que estar ahí, y eso ya se le salió de las manos al estado el estado no pudo con eso, eso es un fenómeno que está ahí, que la misma ley sabe que eso está ahí pero no se hace nada por cambiar o por controlar, entonces nosotros pagamos eso. Mientras que una persona en otro barrio de la ciudad paga una canasta de huevos por decir algo en ocho mil pesos, aquí la pagamos a trece mil pesos eso nos cuesta, así por el estilo el gas, muchas cosas es como el IVA agregado (o) pongamos, una pipeta de gas que está costando en otra parte yo digo que cuarenta mil pesos, aquí la estamos pagando a setenta y cinco mil y no la podemos traer de afuera. Si yo la traigo de afuera, me la quitan, tengo que comprarla aquí sí o sí. Esa es la problemática más grande.+(CA1)

6.30 Fallas en el reconocimiento de los límites del territorio

Los habitantes de algunos barrios no tienen claro a qué comuna pertenecen y manifiestan que este limbo les acarrea dificultades para acceder a los beneficios y recursos los diferentes servicios y programas especialmente presupuesto participativo. Así lo manifiesta un residente de una de las comunas:

%o estoy en la comuna 2, los barrios priorizados fueron la Isla y Pablo Sexto, la Isla tiene una situación muy particular que es que tiene un pedazo que no está reconocido para la comunidad, para planeación pues el barrio la Isla está constituido más o menos desde la carrera 49 hasta la 42E, pero resulta que de la 49 a la 46 la gente es comuna 2, y de ahí hacia arriba es comuna 1, entonces en la base de datos que nos entregaron habían cantidad de familias con esa nomenclatura, y llegamos pues a intervenir y encontramos que incluso tiene la junta de acción comunal de comuna 1+(GAPS1)

6.31 Problemas y eventos en salud mental

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como

%n estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad+

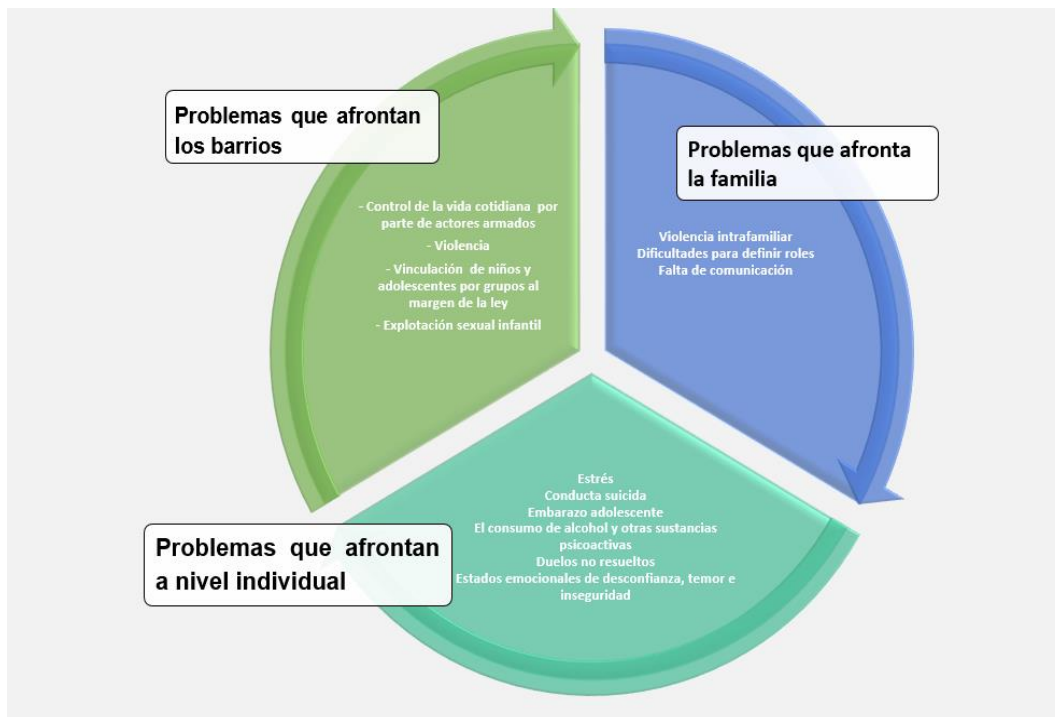
En relación con esta definición es importante tener en cuenta que: la forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales. Antes de iniciar los desenlaces producidos por la continua exposición a los factores de riesgo psicosociales presentados anteriormente, se hace fundamental diferenciar algunos conceptos claves:

- Trastorno mental: si bien no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como: 1. Su duración. 2. Coexistencia (mezcla). 3. Intensidad. 4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo,

estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

- Problema en salud mental: son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de nuestra vida experimentamos sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generarnos malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en nuestra vida social, laboral o en otras áreas importantes de nuestra actividad cotidiana. Es decir, que en el individuo se da la presencia de síntomas que no llegan a constituir trastornos establecidos y tipificados (como síntomas de ansiedad, angustia, depresión, etc.)
- Eventos en salud: Hacer referencia a desenlaces o emergencias que surgen, bien como derivados de un problema o trastorno mental, como en el caso del suicidio, la discapacidad, el comportamiento desadaptativo, o bien ni siquiera derivados de una condición de salud mental sino de hechos vitales como la exposición a la violencia+ (McDouall, 2014).
- Problemas psicosociales: Aquellas condiciones psíquicas o sociales que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno. Por lo común, los problemas psicosociales requieren un enfoque situacional global, no se limitan a problemas psicológicos o psiquiátricos internos de la persona, sino que abarcan también situaciones o contextos relacionales que pueden ser disfuncionales desde el punto de vista de la salud. Esto quiere decir que junto con el individuo que es el blanco de la acción se deben considerar los distintos niveles del entorno (familiar, comunitario) a los cuales está relacionado. Estos factores contextuales no sólo juegan un papel en el desencadenamiento del problema o trastorno, sino que con frecuencia condicionan la eficacia de la intervención.

A continuación, se describen cada uno de los problemas en salud mental que van presentado individuos, familias y comunidades producto de la exposición continua a los determinantes anteriores, su finalidad es reconocer focos de atención e intervención, sosteniendo la tesis de interdependencia en la que unos y otros se estructuran como sistema, lo que determina los modos en que se presentan, la gráfica sirve de ilustración para demostrar esta interdependencia:



6.32 Estrés

Término muy utilizado en las ciencias biológicas, físicas y sociales, es un concepto cuyo significado en la investigación sanitaria se define de formas diversas en relación con "acontecimientos estresantes, respuestas y apreciaciones individuales de las situaciones".

Lo común a estas definiciones es "un interés por el proceso mediante el cual las demandas del medio gravan o superan la capacidad de adaptación del organismo, originando cambios psicológicos o biológicos que pueden poner a las personas en riesgo de sufrir enfermedades" (Krieger, 2014)

6.33 Conducta suicida

La conducta suicida puede ser definida como una preocupación o acto que intencionalmente inflija un daño o cause la muerte de sí mismo. La conducta suicida comprendida como un continuo que abarca desde la ideación hasta el suicidio consumado pasando por el intento de suicidio constituye una importante preocupación de salud a nivel mundial tanto en población adulta como adolescente. (OMS 2015)

¿Aquí tuvimos el año pasado un episodio de suicidios que nos dio muy duro, fueron alrededor de seis u ocho chicos que se nos suicidaron, he identificamos por ahí cincuenta chicos que estaban en riesgo, que eran posibles suicidas (...)+(CA1)

6.34 Embarazo adolescente:

Las adolescentes en embarazo son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino, también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación, y que no sólo afecta a la joven madre sino que tiene consecuencias en el padre adolescente, en sus hijos, en los familiares y en la sociedad en general. Actualmente, el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, por causa de su considerable aumento y porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia. (Rodriguez, 2008)

Las jovencitas están muy, cómo le dijera yo a usted, quieren experimentar cosas como si fueran ya unas adultas mayores, y también en esa situación estamos graves acá (õ) Eh conseguir ósea, tener sexo (õ) ¿Sí? Tener sus relaciones sexuales, no cuidarse, está bien que lo tenga porque ya ahorita pues ya en la época de nosotros era una cosa, ahora es otra, pero yo les digo a ellos que se cuiden, que, si van a tener sexo que se cuiden, que hay muchos métodos de planificar, para que mire que ya tenemos una niña de 13 años que está en embarazo+(TNG8)

6.35 El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

El excesivo consumo de alcohol y la utilización de drogas es un evento que suscita preocupación social para la población. Es común en las comunidades que el uso generalizado por todos los grupos poblacionales asociándolo al disfrute del ocio, manejo del estrés y facilitador de las relaciones sociales con el uso de sustancias.

Al vicio, el vicio (õ) los hijos, y los papás también aquí hay tipos que son viciosos y los hijos hacen lo que les da la gana, como ven al papá también, ¿cierto? No respetan las vecindades para echarles piedra o pataõ y uno va a poner la quejaõ un man todo trabado, pues uno qué va a poner una queja así. Como ven al papá y ven la mamá, la misma cosa, entoncesõ +(OMA9)

6.36 Duelos no resueltos

La exposición continua a la violencia, ha dejado en estas comunidades pérdidas de familiares, amigos, vecinos, en la mayoría de los casos la gente no necesita ayuda para elaborar su duelo. El problema viene cuando alguien no resuelve adecuadamente alguna de estas tareas y siente que no consigue seguir con su vida sin que la pérdida interfiera en ésta de manera significativa. Al principio del proceso de duelo es normal que ocurra esto, pero mantenido en el tiempo puede desembocar en un duelo patológico, complicado o no resuelto, que podría

definirse como la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución (Horowitz, 1980). En este sentido, fue posible identificar dos situaciones que recrean la no elaboración del duelo por parte de los familiares:

- *Duelo crónico.* Pasa el tiempo y la persona siente que no es capaz de amoldarse a su nueva vida y sigue sin aceptar el dolor, la angustia o la ansiedad que siente al recordar la pérdida.

Para mí uno se hace el valiente y sigue adelante, pero no es lo mismo, las cosas no son como antes, la verdad una cosa es en la calle y otra cuando se esta sol, ahí viene uno a llorar, le da rabia, siente que no va a ser capaz y hasta se enferma de la pensadera en eso+

- *Duelo retrasado o pospuesto.* Tras la pérdida la persona experimenta ciertas emociones, pero no todas las que existían, o con su verdadera intensidad y, pasado un tiempo, vuelve a experimentar una fuerte carga emocional ante algún acontecimiento que reabre la herida.

Ah, en el pasado si tuvimos una época demasiado violenta, demasiado y era hasta traumático salir a la calle. El ojo se mete por esta calle que de pronto disparan de allá, fue una violencia de por ahí 5 años, que hubo mucho muerto, dejo mucha, mucha gente llorando y muchos jóvenes pues que, que ya no existen, ya no están, pero están en el recuerdo y como te estaba diciendo yo ahora, son personas que uno no olvida porque uno los vio crecer, y eso, a veces nos sentamos y nos ponemos a acordarnos Ah te acuerdas de fulanito+ Nos ponemos a contar cuantas personas fallecieron y nos da como nostalgia y uno sabe que de eso no se ha hablado+

6.37 Estados emocionales de desconfianza, temor e inseguridad

Uno de los efectos de la exposición continua a violencia, grupos ilegales y los riesgos psicosociales mencionados anteriormente es que las personas tiendan evitar cualquier riesgo recluirse, encerrarse, y protegerse.

No obstante, también se pueden desencadenar otros efectos como la inhibición social resultado del miedo de sentirse continuamente en peligro y amenazados, anulando las capacidades y la voluntad para reaccionar; llevando a restar importancia a todo lo que no esté relacionado con la protección de la propia vida y la de quienes nos rodean generando cierta pasividad, o indiferencia, como si el individuo se fuera acostumbrando a conformarse con vivir la vida a diario, con

seguir vivos y llegar de vuelta a casa sin haber padecido ningún tipo de agresión. Al respecto una entrevistada planteaba:

%No acaba por hacerse el que eso no le importa si no es con uno, a no meterse a dejar que las cosas pasen, a entender que eso no va a cambiar porque uno se meta, y al final termina uno ganándose es un problema que no tenía, entonces aprendemos que si no es con uno hágase el que no vio nada+

Si a esto se suma que las soluciones para contrarrestar dicha violencia o disminuir los riesgos son lentas, poco eficaces, y las figuras llamadas al cambio representan corrupción, autoritarismo, prepotencia, se va generando una sociedad temerosa, una sociedad que tiene dificultades para ver más allá de la propia salvaguarda de los intereses individuales, donde los pobladores no confían en el otro, albergando una ley del silencio que enmascara desconfianza hacia la autoridad y miedo hacia el poder ilegal. Un entrevistado recrea esta situación cuando le toca presenciar como unos jóvenes golpeaban a otro en el barrio:

%yo ayer estaba en un taller arriba y cuando bajaba con la profesora vi como le pegaban al muchacho, yo decía yo a donde mando una carta que nadie sepa que soy yo porque a mí me da miedo, cuando se busca ayuda hay amenazas+(JPIIA9)

6.38 Violencia intrafamiliar

Ocurre entre individuos pertenecientes a un mismo núcleo familiar, con una relación matrimonial o de consanguinidad 101 Las causas de la violencia intrafamiliar en Medellín establecida. Este tipo de violencia, por lo general, sucede al interior de la vivienda habitada por el hogar y por tal razón es de menor visibilidad. La VS se presenta entre individuos que, generalmente, no tienen relaciones de tipo familiar y generalmente los hechos ocurren en sitios públicos lo cual, comparada con la VIF, significa una mayor probabilidad de ser observada y reportada a las autoridades, ver Buvinic, et al (1999).

La VIF puede clasificarse según la naturaleza de la agresión como: i) violencia física, cuando un miembro de la familia agrede físicamente a otro; ii) violencia sexual, cuando un miembro del hogar obliga a otro miembro del hogar a algún tipo de contacto sexual no consentido iii) violencia psicológica: es más difícil de observar y ocurre cuando un individuo del hogar es víctima de insultos, amenazas,

descalificaciones o humillaciones por parte de otro miembro de la familia, ver Buvinic, et al (1999). En las comunidades se recrea como realidad cotidiana para muchas familias, al respecto una entrevistada cuenta:

Hay casos donde el tipo llega borracho el domingo a pedir desayuno, no hay desayuno y le pegan a la esposa porque no le tiene el desayuno hecho; pero él no ha llevado el mercado a la casa para que hagan el desayuno pero él ya llegó borracho, satisfecho de todo el fin de semana, y el domingo está yendo donde uno para que le preste pasajes para ir a trabajar. Entonces es porque el trago, el licor está por encima de todo, de lo que sea entonces yo pienso que eso es lo que más debilita las familias y la falta de diálogo definitivamente+(CA1)

6.39 Dificultades para definir roles en la familia

En la familia cuando se asigna una posición, al mismo tiempo se están delimitando responsabilidades y privilegios, a la vez que se establece un nivel relativo en las dinámicas de poder y liderazgo.

Estas posiciones en que se ubican los miembros pueden asignarse en base a factores sobre los cuales las personas no tienen ningún control, como su edad, sexo, raza, parentesco, orden de nacimiento, clase social. En este caso hablamos de "posiciones adscritas". Otras por el contrario, se otorgan considerando cualidades personales, como por ejemplo, ser padre o madre; o se alcanzan mediante el desarrollo de algunas capacidades y por el reconocimiento grupal, por ejemplo, jefe de familia. Estas se conocen como posiciones adquiridas.

De otro lado, el rol se refiere a las expectativas y normas que la familia tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular, incluye actitudes, valores y comportamientos adscritos por la sociedad a todo individuo que se ubique en ese lugar específico de la estructura familiar. La exposición a eventos como el desplazamiento, la pobreza, el desempleo, la violencia y las afectaciones de salud en los individuos, llevan a continuas negociaciones en cuanto a los roles al interior de la familia, lo que se convierte en un detonante de conflictos y violencia. Un líder comunitario lo expresa del siguiente modo:

Es común ver que quien manda en la familia es quien entra la plata, a ese es que se le hace caso, algunas veces el papá, otras la mamá, un familiar, e incluso los hijos, eso sirve para muchos problemas, nos e sabe quién manda y como manda+

6.40 Falta de comunicación familiar

Según López (1999), la comunicación cobra importancia porque su sentido aparece dentro de un contexto y el estudio de las relaciones de las personas en ese contexto particular cumple una función simbólica (mensaje, información), que es percibida y donde tiene sentido y significado.

Por esto, la comunicación es muy importante para la familia, por ser un proceso de interacción donde se construyen relaciones horizontales y verticales, se intercambian mensajes, informaciones, afectos, comportamientos.

La comunicación en la familia permite conocer pautas de interacción que emergen dentro de un contexto particular, no puede aislarse y tratarla como una dificultad individual o por la estructura de personalidad de esa persona. De esta manera el comportamiento de una persona adquiere sentido y función si se estudia en el contexto de las interacciones del grupo familiar.

Se evidencia en las familias ausencia de espacios para la interacción más allá de las funciones instrumentales de satisfacción de necesidades los espacios de encuentro se reducen y se limitan, se enmarcan en choques de intereses, lo que conlleva a actitudes de aislamiento o salida de la familia en busca de espacios de esparcimiento y recreo. Así la falta de comunicación se constituye en el nicho de otra serie de problemáticas que viven las familias en su cotidianidad. Un entrevistado lo expresa del siguiente modo:

El problema es que en las familias cada uno es por su lado, parece que solo se hablan lo necesario, entonces cada uno se encierra, como pa evitar problemas, los que más llevan del verraco son los niños y los ancianos, unos porque chupa por todo y los otros porque ya nadie les habla+

6.41 Control de la vida cotidiana por parte de actores armados

Los combos delincuenciales de Medellín son agrupaciones de jóvenes que habitan en el barrio y ejercen el control territorial sobre un espacio determinado, y cuyas estructuras son inestables, tanto por las alianzas que se hacen y se destruyen, como por la acción policial. Tienen autonomía, capacidad de autofinanciación y sus integrantes generalmente tienen entre 10 y 25 años. (Jaramillo & Gil, 2014, pág. 139).

Su capacidad de poder e influencia sobre la vida cotidiana de las personas es tal que imponen rutinas en el manejo de tiempo, realización de actividades, organización de recursos, barreras en los servicios, llegando incluso a permear la vida privada de las personas. Para la comunidad son el núcleo del que se

desprenden muchas de las condiciones problemáticas que viven en sus barrios. Un entrevistado manifiesta frente a la raíz de los problemas en su comunidad:

Los combos yo diría que los combos, porque aquí se vive una paz, aquí vivimos en paz, estamos tranquilos; pero todo eso conlleva a que se tiene que pagar de alguna manera y es que los combos al tendero le cobran un impuesto o una vacuna o lo que sea, y ese impuesto termina trasladado hacia nosotros, entonces mucha gente dice: ¡no, aquí somos o vivimos una vacanería!, ¡Ah!, pero es que todo está muy caro. Pero es que todo tiene que costar, si queremos vivir en paz nos tiene que gustar porque en cuanto a eso hay un abandono del estado. La delincuencia aquí en Medellín, a diferencia del resto del País es que aquí son organizados, entonces tienen que todos los combos le rinden cuentas a alguien; si me entendés, entonces el impuesto tiene que estar ahí, y eso ya se le salió de las manos al Estado el Estado no pudo con eso, eso es un fenómeno que está ahí, que la misma ley sabe que eso está ahí pero no se hace nada por cambiar o por controlar, entonces nosotros pagamos eso. Mientras que una persona en otro barrio de la ciudad paga una canasta de huevos por decir algo en ocho mil pesos, aquí la pagamos a trece mil pesos eso nos cuesta, así por el estilo el gas, muchas cosas es como el IVA agregado (o) pongamos, una pipeta de gas que está costando en otra parte yo digo que cuarenta mil pesos, aquí la estamos pagando a setenta y cinco mil y no la podemos traer de afuera. Si yo la traigo de afuera, me la quitan, tengo que comprarla aquí sí o sí. Esa es la problemática más grande.+(CA1)

6.42 Violencia social

La OMS en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud ha definido la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Aquí se reconoce que los actos violentos pueden afectar no solo a individuos particulares sino también a comunidades enteras llevando a considerar la violencia como un problema de salud pública (OMS, 2002).

Considerada como elemento estructural de la mayoría de las problemáticas en el barrio se ha naturalizado y legitimado como forma efectiva e inmediata para la resolución de problemas interpersonales, familiares y comunitarios, generando sensaciones de temor, falta de control percibido y posicionando una lógica de vivencia donde el más fuerte vía violencia es quien subyuga, independientemente

de su condición social. Una señora muestra esta situación en acciones como el llamado de atención de un adulto a un niño en la calle:

%Mucha, mucha violencia! Esto por aquí es bravo. Es bravo. Este barrio por aquí es difícil y uno dice algo a algún muchachoõ por ejemplo, uno va y están jugando fútbol en la calle y le dan a uno un pelotazo, y uno le dice: %Usted es que no ve? Mire que me va a quebrar las gafas y son recetadas+, y lo tratan a uno mal. Y le tiran el balón más duro, como quien dice %amos a quemar esta vieja más duro paqqe ahí sí brinque por alguna cosa+ Muy groseros. Son muy groseros.+(ANE13)

6.43 Vinculación de niños y adolescentes por grupos al margen de la ley

La presencia de combos en los barrios deja entrever un serio problema en lo que respecta a niños y adolescentes, la vinculación de estos a estructuras criminales, sea por medio de seducción o amenazas, los niños y adolescentes son utilizados como parte del combo sea para expendio de droga, transporte de armas, robos, entre otros.

El poder vía armas, el poder territorial y el reconocimiento de la comunidad hace que estos grupos tengan una alta presencia en la vida cotidiana de las personas llevando a que en algunos casos la vinculación del menor sea asentida y valorada por sus familias. Un líder comunitario lo expresa así:

%porque muchas veces el chico no es acompañado en su hogar pero es acompañado en la calle; entonces si yo como papá no acompaño a mi hijo en sus procesos y no soy pendiente de la evolución de mi hijo, hay veinte personas en la calle que sí y lo van a coger y por donde lo van a guiar(õ) Entonces es eso, esa falta de acompañamiento; que muchas veces hay papás que ven que fulanito le hizo un mandado a peranito y dicen: Ah, ¡qué bien, ya lo tienen en cuenta para los mandados!... y en vez de sacarlo lo empujan entonces ya el muchacho se va metiendo en el cuento, se va creyendo el cuento y ya en dos o tres meses se va sintiendo malo y se va sintiendo que nadie lo puede mirar, nadie le puede decir nada porque es que yo ando con fulanito de tal, ya va sintiendo ese poderõ Entonces es ese acompañamiento que se tiene que dar. Se siente escuchado e importante, cosa que en la casa no.+(CA1)

6.44 Explotación sexual infantil

Como un secreto a voces, del que todos saben pero nadie quiere encarar es el tema de la explotación sexual de niños y niñas, según al UNICEF por explotación sexual se entiende todo tipo de actividad en que una persona usa el cuerpo de un niño, niña o adolescente para sacar ventaja o provecho de carácter sexual, basándose en una relación de poder. Y enfatiza en la Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes suponiendo la utilización de las personas menores de 18 años de edad para relaciones sexuales remuneradas, pornografía infantil y adolescente, utilización de niños, niñas y adolescentes

en espectáculos sexuales, donde exista además un intercambio económico o pago de otra índole para la persona menor de edad o para un tercero intermediario.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes incluye: Las actividades sexuales o eróticas remuneradas con personas menores de edad: no se restringe a las relaciones coitales, sino que incluye también cualquier otra forma de relación sexual o actividad erótica que implique acercamiento físico-sexual entre la víctima y el explotador. La pornografía infantil y adolescente: incluye las actividades de producción, distribución, divulgación por cualquier medio, importación, exportación, oferta, venta o posesión de material en el que se utilice a una persona menor de dieciocho años o su imagen en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas o la representación de sus partes genitales con fines primordialmente sexuales o eróticos.

No obstante un asunto que genera profunda preocupación tiene que ver con el reconocimiento de niñas y adolescentes de esta práctica como movilizador económico lo que les permite acceder a recursos, satisfacer necesidades y deseos. Al respecto una agente primario plantea:

“Niñas de 6 años que si saben que es y se van a que las toque para que les den un huevo, es que la familia es un abuso para ellas, pero ahí se van con la droga, empieza a haber muchas, cosas, las niñas que van y se prostituyen acá en la Veracruz, porque necesitan llevar para la casa, porque tienen una abuela enferma, porque no tiene pañales, porque muchas veces el estado al ser subsidiados no le está cubriendo lo básico para ellas tiene que mirar cómo ayudar para el sostenimiento de sus hogares.”+(GAPS2)

7. PRÁCTICAS DE CUIDADO

El cuidado supone más que la construcción de un objeto y la intervención sobre el mismo. Se considera una actividad promotora, en la cual medios y fines se definen mutuamente. En esta perspectiva, el cuidado se plantea como una interacción que incluye las competencias y tareas técnicas, pero que no se restringe a ellas. (De Carvalho 2002).

Cuando se hace referencia a prácticas de cuidado, se hace uso del concepto a modo de sustantivo y se refiere a cualquier oficio, actividad o acción que se realice de manera constante y con compromiso como para que no sea un evento particular de una vez o de una circunstancia, convirtiéndose en una acción regular que se lleva a cabo por diferentes objetivos, en este caso la promoción de la salud y el fortalecimiento de la convivencia.

Lo anterior cobra valor si se reconoce que las Prácticas de cuidado están

mediadas por la singularidad de cada uno de los integrantes de ese vínculo. En el momento asistencial, se despliega una intersubjetividad en la cual es posible escapar a una objetivación en la medida en que allí se lleve a cabo un intercambio, un espacio relacional que extrapole lo tecnológico. La relación entre un asistente y un asistido pone en escena un tipo de saber que es diferente al de la técnica y al de la ciencia, no se trata de la teoría ni de la acción creadora, sino más bien de la praxis o actividad práctica. De este modo, el saber práctico, rescata el potencial del acto asistencial (Franco, Merhy, 2011).

Según la política de atención en salud las prácticas de cuidado comprenden las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud.

Según el trabajo realizado se identifican tres grandes categorías para analizar las prácticas de cuidado, que se representan en el siguiente gráfico:



7.1 Prácticas de autocuidado

Referidas a las prácticas cotidianas y destrezas aprendidas en la vida, de uso diario que tienen por finalidad fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad, constituyéndose en una estrategia importante para la protección de la salud. Son procesos voluntarios que las personas asumen por y para sí mismas, e implican una responsabilidad individual sobre la vida cotidiana (Tobón, 2009)

Fuente: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>

Entre los diferentes grupos de acciones relacionadas con el autocuidado figuran:

- Higiene general y personal: concepto básico de aseo, limpieza y cuidado

del cuerpo. En el caso de higiene general se hace referencia al ambiente, en cuanto a limpieza, aseo y cuidado del hogar, y del contexto que se habita; y la higiene personal es sobre el cuidado del cuerpo, que se evidencia en prácticas como el lavarse los dientes, las manos, bañarse, usar ropa limpia, etc.

- **Nutrición:** tipo de alimentos y calidad: hace referencia a la alimentación. La OMS lo define como la ingesta de alimentos en relación las necesidades dietéticas del organismo, fundamental para una buena salud (<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>)
- **Estilo de vida: ejercicio y recreación:** denominado también hábito o forma de vida, hace referencia a los comportamientos y/o actitudes de las personas, que puede ser o no favorables para la salud. El Glosario de promoción de la salud (OMS, 1999) define el estilo de vida como aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones".
- **Manejo del estrés:** el estrés es una sensación de tensión física y/o emocional; manejarlo implica, por lo tanto, controlar y reducir la tensión que ocurre en situaciones de difíciles, adversas, o de presión, haciendo cambios emocionales y físicos (<http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/manejo-del-estres>)
- **Desarrollo personal y proyecto de vida:** definido por Dongil C., y Cano V., (2014) como un proceso mediante el cual se intenta acrecentar las potencialidades o fortalezas para alcanzar los objetivos, deseos, etc., movidos por un interés de superación y la necesidad de dar un sentido a la vida. El proyecto de vida por su parte, es un plan ideado y trazado por una persona, en forma de un conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas para obtener un objetivo.
- **La capacidad de tomar decisiones oportunas para gestionar su salud y buscar ayuda médica en caso de necesidad**
 - Pedir citas médicas
 - Acudir al médico,
 - tomar medicamentos,
 - Realizarse exámenes de control

7.2 Prácticas de cuidado de la familia

Aquellas acciones planeadas y desarrolladas en cooperación entre los miembros de la familia, que se procuran un medio físico, social, afectivo y solidario, se pudieron identificar:

- **Entre sus miembros**
 - Compartir viendo TV, películas, juegos de mesa, las cuales se aprovechan para hablar temas importantes de la familia, para reconocer los estados de ánimo de sus seres queridos.
 - Diálogo sobre temas como: consumo de cigarrillo, de alcohol, de drogas ilícitas.
 - Motivación y acompañamiento para que NNA estudien y encuentren mejores oportunidades
 - Cuidado de familiares enfermos o personas con algún tipo de discapacidad y adultos mayores.
 - Apoyo-soporte-solidaridad frente a las necesidades de los integrantes de la familia y en la consecución de metas.
 - Reconocimiento de capacidades de los integrantes de la familia, búsqueda constante para el fortalecimiento y despliegue de las mismas.
 - Protección a través de la toma de decisiones como separaciones conyugales, para proteger la integridad física y emocional propia y de los hijos-as.
 - Protección hacia los hijos-as, para no ser víctimas de agresiones físicas, o para prevenir acciones de vulneración de derechos por parte de grupos armados del territorio
 - Con los adolescentes existen algunas prácticas como conversar, llegar a acuerdos, pero hay un miedo latente frente a no tener las herramientas necesarias para abordar esta de sus hijos-as, nietos-as. Existen miedos frente a: mentira, desconfianza, poca credibilidad, consumo de SPA, embarazos, vinculación a actores armados.

- **De la cohesión familiar:** se refiere al grado de interés, compromiso y ayuda presente entre los miembros de una familia. Es el vínculo afectivo que los integrantes tienen entre sí, y la adaptabilidad y habilidad de la familia para cambiar y adaptarse a la presencia de cambios importantes (<http://blog.iese.edu/in-family-business/armonia-familiar-2/>)
 - Relevancia en la obtención y preparación de alimentos.
 - Fortalecer y alimentar los vínculos y relaciones afectivas como herramienta para superar dificultades (sostener vínculos familiares)
 - Participar en espacios comunitarios para la familia: recreativos, culturales.
 - Se mencionan momentos propiciados por las mujeres en los que la familia recibe cuidado como: hacer comidas especiales, generar espacios tranquilos para que los hijos-as y la pareja descansen.
 - Ritos familiares
 - Ritos religiosos

- **De la dinámica familiar:** encuentros entre las subjetividades, mediados por normas, límites, jerarquías y roles que regulan la convivencia y permiten el funcionamiento de la vida familiar. Es atravesada por una historia que, aunque compartida por todos los miembros, se interpreta y asume de forma diferente por cada uno de ellos, así como las dificultades, retos, éxitos y fracasos. (<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>)
 - Autogestión de ofertas institucionales para ingresar a NNA, como estrategia protectora para evitar el riesgo de consumo de SPA, alcoholismo, delincuencia. (redes de apoyo)
 - Activación de rutas de atención

- **De la vivienda:** aquella que es utilizada como residencia habitual, que ofrece a los miembros de la familia refugio, intimidad y espacio para el desarrollo de sus actividades cotidianas.
 - Tener un hogar limpio, hacer deporte con la familia, prácticas de higiene de todos los miembros.

7.3 Prácticas de cuidado comunitarias

Se refieren a todas aquellas prácticas que se dan desde la comunidad como estructura colectiva que organiza, regula y orienta los comportamientos individuales, a partir de principios de identidad basados en la pertenencia a un territorio o la necesidad de inclusión. Se identificaron las siguientes:

- **Hábitos sociales:** costumbres que forman parte de un grupo, cultura o sociedad. Son prácticas sociales y modos habituales de actuar, que se establecen y repiten por tradición, y son asumidas por la mayor parte de los integrantes de una comunidad.
 - El consumo de bebidas alcohólicas no regulado provocando ambientes propios para el conflicto.
 - El recurrir a poderes ilegales alternos para la resolución de sus conflictos.
 - Ruido constante
 - Expendio de SPA, sin control a la población en general.
 - No existe un uso restringido de los espacios de esparcimiento nocturno

- **Organización social:** red de relaciones de interdependencia, constituidas en función de un objetivo común entre sus miembros, en la que cada uno

tiene un rol particular para alcanzarlo. Es entonces, un sistema de relaciones que está inserto en otro sistema más amplio (la sociedad) con la que existe una interacción e influencia mutua.

- Conformación de grupos (red de apoyo) con intereses en común (participación socio-política, medio ambiente, deporte y recreación, de tipo religioso-espiritual, natilleras, de mujeres y prevención de violencias, entre otras.).
 - Las JAC, JAL como movilizadoras de beneficios para sus territorios. Las organizaciones de base comunitaria realizan una labor continua con las personas para generar acciones de cuidado hacia el barrio mostrándose una respuesta positiva en algunos casos.
 - Los cuidados ofrecidos por la JAC como, mercados, gafas y ayudas al adulto mayor, y el programa visión mundial que incluye a líderes para el fomento de cuidados de niños y niñas vulnerables y el cuidado de sus derechos (Comuna 3).
- **Participación social:** proceso por el cual la comunidad asume el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, con la intención de aumentar el grado de control y compromiso mutuo. Requiere de empoderamiento, e implica de acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas (Tobón, 2009).
<http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
 - Asistir a las oportunidades de capacitación y formación que la institucionalidad ofrece en territorio.
 - Asistencia a algunas mesas temáticas que posibilitan acercar la información y los servicios a la comunidad.
 - **Apoyo social:** House (1981) lo define como una transacción interperosnal que incluye preocupación emocional, ayuda instrumental (bienes y servicios), información (sobre el contexto) y valoración (información relevante para la autoevaluación) (Rodriguez-Marin, J., et al., 1993)
<http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>
 - Las familias acompañan la búsqueda de alternativas para que vecinos y amigos tengan mejores maneras de vivir.
 - Las familias comparten experiencias de superación frente a las dificultades
 - Apoyos vecinales: cuidado de niños, niñas, jóvenes, enfermos o vivienda. En este punto, en algunos grupos donde la asistencia en

mayoritaria de adultos mayores, surgió la propuesta de ser cuidadores de hijos-nietos ajenos+.

- En otros grupos surgió la propuesta de convertirse en replicadores de los conocimientos adquiridos en el proyecto Familias Fuertes y Resilientes, para las familias con poco tiempo para asistir a los encuentros.
- Apoyo en alimentación a vecinos que tienen dificultades económicas.
- Visitas para conversar, aprender de las otras y mantener lazos con las personas cercanas. Tertulias.

- **Territorio**

- Clasifican los residuos, reutilización de material reciclado.
- Cuidado de las mascotas.
- Relaciones con los vecinos basadas en la solidaridad y el respeto

7.4 Conocimiento social sobre las prácticas de cuidado

El papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas. Tres premisas son importantes antes de entrar a describir las prácticas de cuidado identificadas en el proyecto y su relación con los patrones culturales donde se ha desarrollado:

Primero, los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, que configuran esquemas de pensamiento que operan como directrices de los nuevos conocimientos en un proceso continuo de acomodación. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones, mitos, prácticas, tradiciones, costumbres, entre otros construidos alrededor del cuidado de la salud.

Segundo, la existencia de las paradojas comportamentales se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general que se aleja en el momento de actuar. La vida cotidiana muestra mayor motivación de la gente hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando

se sienten enfermas.

Tercero, la socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo, marca profundamente a hombres y mujeres en su futura actitud respecto a cuidar su cuerpo y su salud, en tanto se forman patrones y hábitos que generan determinados comportamientos.

Lo anterior permite dejar en claro como la cultura ha ido dejando huella una serie de consecuencias nocivas para la asunción del autocuidado por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud. Se describen las características de las prácticas identificadas:

- **Cuidándonos para sobrevivir**

Se relaciona el cuidado con protección, con acciones para la supervivencia como trabajar, pagar un arriendo, los servicios, llevar la comida. Estas prácticas de cuidado, se reconocen como generadoras de cansancio, estrés, cargas físicas y emocionales, teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las personas atendidas en el proyecto trabajan en la informalidad, con unas jornadas extensas de trabajo, y mal remuneradas,.

Acá el cuidado, se entiende como una condición necesaria para poder subsistir y se pueden identificar dos vías, producto de las necesidades de orden primario:

Es que uno se tiene que cuidar para poder trabajar, primero la salud, con eso uno ya puede rebuscársela en otras cosas y así comer, pagar arriendo, vestirse+

De otro lado, El cuidado como una práctica de autoprotección de hechos externos como la violencia, los actores armados; como una práctica de supervivencia y permanencia en el territorio que habitan dadas sus condiciones. Al respecto un entrevistado afirma:

Si no nos cuidamos, pues nos exponemos a cualquier cosa, todo puede pasar, en un barrio como este con tanta violencia, el no salir, no meterse en problemas, no hablar chismes, es lo primero, sino se tienen muchos problemas+

Si bien se identifican conocimientos, pensamientos, creencias frente al autocuidado, se puede decir que en la mayoría de grupos, es más fácil identificarlo como un práctica desde lo físico (alimentarme, asearme, hacer deporte, ir al médico), que desde lo emocional-mental, desde el reconocimiento de derechos y

es mencionado cuando ya se presentan malestares o conflictos que han estado acumulados sin recibir atención a tiempo, pero no como una práctica cotidiana.

- **El cuidado en una cultura sexista**

La pregunta por ser hombre y ser mujer que los sujetos resuelven como medio para poder posicionar su identidad en el contexto social en que se desarrollan, bajo estereotipos construidos desde los estereotipos de culturas sexistas, llevan implícito las guías de comportamiento frente al cuidado del cuerpo, los guiones sociales y la experiencia emocional frente a la vida.

Esto puede ser recreado por ejemplo con el cuidado del cuerpo frente a una herida y su consecuente cicatriz, así lo reconocía un psicosocial:

“Es que en el hombre la cicatriz es como un símbolo de orgullo, como de elemento que les permite demostrar fuerza, potencia y ganar reconocimiento, en cambio en las mujeres es distinto, aparece la preocupación por la marca, por la consecuencia, se esconde, se oculta al otro+”

En la asunción de roles y guiones sociales:

“Desde pequeña a mí me enseñaron a estar pendiente de mis cosas, de mi cuerpo, de mi ropa, a lavarla, a estar pendiente del aseo, siempre me regañaban por desordenada o por cómo me sentaba, en cambio mis hermanos nadie les decía nada, ellos eran desordenados, descuidados y como que eso era normal.+”

- **Cuidar? Si lo que sucede ya está determinado.**

Sostenidos sobre la creencia de que el destino está determinado por leyes divinas, la salud se asume como la ausencia de enfermedad, y esta como un designio divino en el que se evoca la idea de una administración de justicia sobrehumana, o sobrenatural. En ese plano la enfermedad, con su carga de sufrimiento, dolor y molestias, así como la proximidad o no de la muerte, puede ser vivida como un castigo, administrado desde una fuerza superior.

“Eso es como el que se va a morir, a, que si no hubiera hecho esto, la verdad el día de uno es el día, eso está escrito y así va a ser, nadie se muere en la víspera. Entonces lo que le pasa a uno es porque le tenía que pasar, porque si no usted vea gente que vive peor, hacen de todo y nunca les pasa nada+”

Como tal esta creencia, desestimula una actitud activa frente al cuidado,

promueve una especie de resignación y apatía que se va transmitiendo a hijos y demás miembros de la familia, empobreciendo el espíritu. Así lo plantean dos agentes psicosociales:

“Pues en eso que dices yo lo que he visto muchas veces es que el autocuidado de las familias es de orden casi religioso, Dios me cuidara, gracias a Dios es que estoy bien, no es como que yo me cuido sino alguien me cuida, y el autocuidado en estas familias no es de mí sino de lo que me pueden brindar otros, he visto como esa parte del autocuidado.”

“Tengo a varias madres que mencionan como son maltratadas psicológicamente y algunas veces físicamente, una de las respuestas que recibo sobre esto es Dios, mucho con lo espiritual Dios sabe por qué me tienen acá, sabe por qué me mantiene vivo, lo sabe todo, sabe por qué es el camino uno ve una cualidad muy fuerte capaz dentro de la capacidad de sobrevivir a esas dificultades.”

- **¡Se cuida al otro!**

Si bien se identifican prácticas que apunta al autocuidado, la mayoría de las personas, no logran interiorizar que dichas prácticas son importantes para la salud y el bienestar y es difícil hablar del cuidado de sí, porque este es puesto afuera, es decir se centra en el cuidado de otro.

“Cuando yo pienso en el cuidado siempre pienso en mi familia, los hijos, las mascotas, las personas que uno considera que los necesitan, la verdad no había caído en cuenta que tenía que ver conmigo si usted no me lo pregunta.”

La causa de centrar la mirada sobre el otro alberga dos puntos; el primero, la idea de que no se necesita dado que uno ha aprendido a vivir así, el segundo, consiste en la idea de dependencia del otro y por consiguiente es una responsabilidad.

“La verdad uno se preocupa mucho por los demás, niños, adolescentes, la familia, como que cuando uno piensa en eso, piensa más en cómo cuidar, como que primero ellos y después esta uno, porque al final uno siente que para eso está para ayudar y proteger a los que quiere.”

- **Cuidar, solo cuando se necesita**

Cuidar del otro significa velar por su circunstancia vital. La circunstancia no es un elemento accidental en la configuración de la persona, sino un factor determinante para comprender por qué actúa como actúa, para esto se hace necesario la tratar de responder a sus necesidades esenciales ayudándole a encontrar las

herramientas necesarias (internas y externas) para que él mismo sea capaz de responder a ellas por sí mismo, sin necesidad de un cuidador.

Sólo es posible responder a las necesidades esenciales del otro si se dan dos premisas. Primera, la capacidad de atención, de escucha o, mejor dicho, de receptividad del otro. Segunda, contar con las competencias necesarias para resolver dichas necesidades. Un adolescente recrea esta situación cuando manifiesta:

%en mi casa normalmente me cuidan mucho cuando nos enfermamos, ahí todos están pendientes, de saber qué hace falta y cómo hacen para que uno mejore. Hasta es bueno enfermarse porque ahí si todos están pendientes+

Sobre esta creencia, pueden ser leídas las prácticas que se observan en la población adulta mayor, en esta etapa, se inicia una mayor consciencia del autocuidado, se empieza a valorar el tiempo invertido en actividades como hacer deporte (por ej: grupos de gimnasia de la tercera edad),participar en grupos culturales, de esparcimiento. Las causas de esta conciencia están en la disminución de funcionalidad y en la necesidad de redes de apoyo social, un participante lo narra del siguiente modo:

%as que uno ya tiene que cuidarse, hacer ejercicio, comer mejor, participar en actividades, que se va a quedar uno haciendo sentado en la casa, más fácil se enferma+

Dificultades que enfrentan para asumir prácticas de cuidado, son por ejemplo, el embarazo adolescente de sus nietas-os, hijas-os, o el cuidado de personas con algún tipo de discapacidad, hace que si bien se tiene mayor consciencia del autocuidado, las cargas físicas, emocionales y de sostenimiento económico del hogar, continúen estando en ellas y aparezcan continuamente malestares físicos que demandan además de lo anterior, estar en los trámites de solicitud de citas médicas, medicamentos y todo lo que implica el acercamiento al sistema de salud que en el mayor porcentaje

- **Cuidar como estrategia para evitar la exposición a riesgos**

Cuidar significar estar atento, acompañar, conocer, de esta manera los padres, recurren a una serie de prácticas educativas que cobijan bajo la categoría del cuidado y cuya finalidad es la protección y evitación de que los hijos se expongan a riesgos que puedan afectar su desarrollo o vincularlos a problemáticas psicosociales.

El cuidado aparece como la alternativa al castigo en el proceso educativo, más su

finalidad no radica en poder brindar recursos al individuo para que pueda exponerse, sino más bien para tener la sensación de control sobre su cotidianidad. Un agente psicosocial lo explica de esta manera:

Es común encontrar que los padres asuman en la crianza dos estilos que para los padres, son la base del cuidado: la permisividad frente al manejo de normas, al consumo de SPA, principalmente por miedo a reacciones de los hijos-as, o por la legitimización de estas prácticas en los territorios donde es algo común que esto pase. Y en otros casos una conducta de sobreprotección que terminan por generar dificultades de relacionamientos con los hijos-as. No permitir que salgan del hogar a ninguna actividad del entorno barrial por considerarse riesgoso y propiciador de escenarios poco saludables que podrían generar malos hábitos que afectarían la dinámica familiar y Llevarlos y recogerlos en las instituciones educativas así tengan edad para hacerlo solos es el modo como los papás evitan que los adolescentes sean expuestos+

- **Cuidando para estar bien**

Las condiciones de pobreza, vulnerabilidad, necesidades insatisfechas, la falta de recursos y la gran influencia de medios de comunicación y mercado, van configurando una lógica de ideal social, estándar de calidad de vida que posiciona en la oferta una serie de objetos satisfactorios, que no necesariamente van en vía de la salud y el bienestar de los individuos.

Acá la práctica de cuidado la motiva la posibilidad de brindar a los individuos espacios y actividades que fomenten la sensación de bienestar subjetivo, se prioriza en este tipo de prácticas el objeto de satisfacción y se valora en cuanto a lo inmediatez con la que es ofrecido, lo problemático es que estos satisfactores no necesariamente favorecen el desarrollo de las personas, promueven sus capacidades y les permiten adquirir herramientas para afrontar futuras situaciones.

Un entrevistado lo manifiesta del siguiente modo:

Acá muchos creen que comprando un equipo o un televisor ya están demostrando el amor a sus hijos a sus esposas, lo malo es que la mayoría de las veces se endeudan para poder traerlo y después son embalados pa pagar la cuotas, lo que al final termina es por traer problemas en la familia y lo que era un regalo después se convierte en un problema+

El cuidado centrado sobre el bienestar se generaliza en todos los ámbitos sean estos individuales o sociales:

%Si yo me antojo y puedo comprarlo pues bueno, después miro como lo pago, pero a veces uno se tiene que dar esos antojitos, no todo tiene que ser trabajo+

%Hay veces en que los vecinos se reúnen y arman meras fiestas, trago por todos lados, comida, y música todo el día, uno si se pregunta de dónde sale tanta plata pa eso, uno sabe que de lo más caro es el tragoõ pero ahí si hay plata, pa celebrar y disfrutarõ +

- **Aprender para mejorar**

La oferta de programas y servicios de educación en salud en las comunidades en han ido permitiendo a la comunidad cuestionar saberes y prácticas culturales y fundan la necesidad en los individuos de aprender nuevos conocimientos y transformar la posición frente a sí mismos y los otros, un usuario del proyecto afirma:

%Cada que uno viene a estos proyectos aprende cosas que le sirven para la vida, es que uno fue criado con muchas cosas que hoy no sirven, que están mal, por ejemplo a uno lo levantaron a punta de pelás y hoy eso no se puede, entonces a uno le enseñan cómo+

- **La participación como camino para el cuidado**

La preocupación central de una democracia auténtica consiste en garantizar que todos los miembros de la sociedad tengan una posibilidad real e igual de participar en las decisiones colectivas. Así, cuando nuestra Constitución establece desde su primer artículo que Colombia es una República democrática y participativa, está asumido el reto y el compromiso de promover la participación ciudadana en todos los espacios de la vida social.

Los mecanismos de participación ciudadana son una serie de herramientas establecidas en la Constitución de 1991 para asegurar e incentivar la movilización de la población colombiana. Todos los individuos de nuestra sociedad con capacidad de voto tienen el derecho de poner en práctica el uso de los mecanismos de participación para asegurar su participación en la toma de decisiones y la resolución de los problemas que afectan el bien común. El objetivo de los mecanismos de participación ciudadana es brindar garantías y beneficios para que el pueblo colombiano pueda incidir en cambios dentro de los sistemas judicial, ejecutivo y legislativo.

En esta perspectiva los habitantes de las comunidades han dinamizado los diferentes espacios de participación política como las JAL, JAC, en busca del reconocimiento de sus derechos y la exigencia de sus garantías. Un líder comunitario manifiesta:

¶ada vez hay mayor participaci3n, vea por ejemplo presupuesto participativo, de primero 6ramos los mismos votando hoy mucha gente de os barrios sale a votar, se interesa por el tema, entonces uno sabe que las cosas si han ido cambiando y que si seguimos as3 vamos a poder exigir al gobierno+

8. DISCUSI3N

8.1 Pr3cticas de cuidado: del bienestar subjetivo al bienestar psicol3gico

Dos concepciones han dominado la construcci3n del conocimiento cient3fico en el campo de la salud mental, la biom6dica que concibe la enfermedad como producto de factores anatómicos, fisiol3gicos o externos que afectan el funcionamiento orgánico, y la comportamental, que centra la atenci3n sobre los factores de riesgo y los modos en que las personas se exponen a estos.

No obstante, desde el momento mismo de su fundaci3n la OMS define la salud como un estado completo de bienestar f3sico, ps3quico y social y enfatiza en que no puede ser entendido como la mera ausencia de enfermedad o minusval3a, impulsando una noci3n integral de salud.

Esta idea es reforzada a3os m3s tarde cuando la Federaci3n Mundial para la Salud Mental en 1962, define la salud como ¶al mejor estado posible dentro de las condiciones existentes+. Posteriormente en la declaraci3n final de la primera reuni3n de la OMS sobre promoci3n de la salud realizada en Ottawa, se afirm3 que la salud es un recurso de la vida cotidiana, subrayando la importancia de los recursos sociales, personales y las capacidades f3sicas del individuo.

En el Informe compendiado sobre promoci3n de la salud mental del 2004, la OMS reconoce la importancia de trascender los modelos tradicionales en la comprensi3n de definir la salud mental y resalta el bienestar subjetivo como elemento clave en esta tarea.

En la actualidad la influencia del bienestar en la definici3n de la salud mental se confirma cuando la OMS (2013) la define como un estado de bienestar del individuo, que le permite ser consciente de sus capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fruct3fera, y realizar contribuciones a su comunidad.

A continuaci3n, se presenta una discusi3n entre las pr3cticas identificadas en el proyecto y su sentido en los estados de bienestar de las personas de las

comunidades, este ejercicio cobra sentido en cuanto se configura como elemento de retroalimentación de la misma intervención.

El bienestar subjetivo es una categoría que se viene estudiando desde la década de los 70, relacionada con las condiciones de vida y los sentimientos de satisfacción de las personas frente a sus experiencias cotidianas. Como tal, apunta a una categoría amplia, que incluye tanto las emociones de las personas, como la percepción de satisfacción con ciertos dominios de la vida y los juicios sobre la satisfacción. Centrada sobre la hipótesis de que la vida del ser humano está motivada por el logro de la felicidad y dirigida a la consecución del máximo beneficio en todos los ámbitos de la existencia, se conoce como la tradición hedónica dentro del campo de la filosofía, y entiende el bienestar como el placer y la felicidad que resulta de experimentar vivencias positivas y la minimización de la frecuencia de las negativas.

No obstante, muchos autores encuentran que tanto satisfacción como felicidad para determinar el bienestar dan la idea de un ser humano en continua búsqueda por sacar beneficios de todas sus acciones, dejando de lado aquellas posturas que han entendido la felicidad como una virtud o gracia, por lo que promueven la concepción eudaimónica en el estudio del bienestar estableciendo que consiste en el desarrollo del pleno potencial humano, es decir en la autorrealización entendida como el desarrollo de las capacidades, metas y aspiraciones que el sujeto presenta en congruencia con sus valores.

Así, aparece el concepto de bienestar psicológico haciendo referencia al funcionamiento positivo de las personas y un llamado a tener en cuenta el individuo de manera integral, incluyendo nociones como: autorrealización, desarrollo humano y la búsqueda continua por potenciar las capacidades humanas.

Ryff definió el bienestar psicológico como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo, planteando que es este desarrollo el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer. Para sostener esta tesis parte de tres principios con los que explica el funcionamiento psicológico humano, el primero, que la salud mental consiste en la búsqueda continua de la realización del verdadero potencial de la persona. El segundo, que la salud positiva y la salud negativa son dos dimensiones independientes, afirmando que la salud positiva incluye los componentes físicos y mentales y las relaciones entre estos componentes y, por último, que la salud mental positiva es un proceso dinámico y multidimensional que fluctúa de acuerdo al proceso evolutivo de las personas.

Posteriormente y partiendo de la tesis en la cual los sujetos valoran las circunstancias y el funcionamiento que tienen dentro de la sociedad, Keyes asume el concepto de bienestar social para expresar la medida en que el contexto social y cultural es percibido como entorno nutriente y satisfactorio, elementos que

no afectan sólo la percepción de satisfacción individual sino que a la vez sirven a los demás como criterios para juzgar el estado de salud de otras personas. El bienestar social es sencillamente la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.

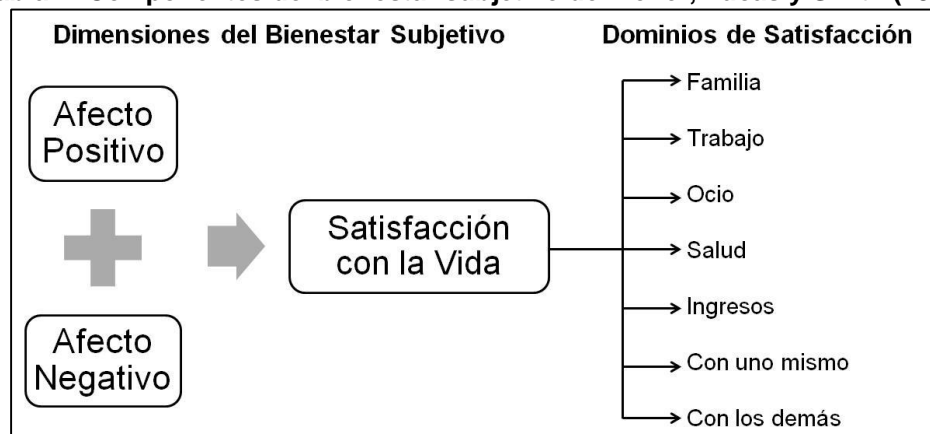
8.2 Dimensiones y componentes del bienestar

- Bienestar subjetivo

Para Diener es posible agrupar dos categorías en el estudio del bienestar subjetivo: la primera, describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, lo que es relativo a la satisfacción con la vida; y la segunda categoría, valora la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos, definiéndose la felicidad como la resultante del juicio global que hacen las personas al comparar sus sentimientos positivos con los negativos.

A su vez, desglosa el bienestar subjetivo en tres dimensiones. La primera se refiere a la valoración positiva que el sujeto hace sobre su vida. La segunda se enfoca a la influencia de los afectos positivos sobre los negativos, y la tercera tiene que ver con la perspectiva de %bien como la posesión de una cualidad deseable+más que con la idea de %bien-estar+(Tabla 1).

Tabla 1: Componentes del bienestar subjetivo de Diener, Lucas y Smith (1999).



Fuente: Construcción Propia

- Bienestar psicológico

Esta perspectiva trasciende el ideal del bienestar subjetivo ya que, aunque incluye los aspectos cognitivos y afectivos, va más allá de la reacción emocional inmediata ante las experiencias de vida, relacionando el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano+ con las dimensiones físico, psíquico y social del funcionamiento humano.

Con esta idea, Ryff (24) propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico, al que denomino **Integrated Model of Personal Development** (Modelo Integrado de Desarrollo Personal) en el vincula teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y el ciclo vital, destacando que el bienestar no es estático, sino que puede variar según la edad, el sexo y la cultura (30,31). El modelo queda definido por seis dimensiones que apuntan a la aceptación del individuo, el crecimiento personal y la adaptación e integración en su ambiente social: autoaceptación, crecimiento personal, sentido/propósito en la vida, relaciones positivas con los otros, autonomía y control sobre su entorno. (Tabla 2).

Tabla 2: Dimensiones del Modelo Integrado de Desarrollo Personal de Carol Ryff.

Autoaceptación	Actitud positiva hacia uno mismo; Acepta aspectos positivos y negativos; Valoración positiva del pasado.
Crecimiento Personal	Sensación de desarrollo continuo; Se ve a sí mismo en progreso; Abierto a nuevas experiencias; Capaz de apreciar mejoras personales.
Propósito en la vida	Objetivos en la vida; Sensación de llevar un rumbo; Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido.
Relaciones Positivas con los otros	Relaciones estrechas y cálidas con otros; Le preocupa el bienestar de los demás; Capacidad de empatía, afecto e intimidad.
Autonomía	Capaz de resistir presiones sociales; Es independiente y tiene determinación; Regula su conducta desde dentro; Se autoevalúa con sus propios criterios.
Control sobre el entorno	Sensación de control y competencia; Control de actividades; Saca provecho de oportunidades; Capacidad para crear o elegir contextos.

Fuente: Construcción propia

- Bienestar social

Se define a partir de la valoración de dominios propios del funcionamiento social,

estableciendo cinco dimensiones que lo componen: coherencia social, integración social, contribución social, actualización social y aceptación social (tabla 3).

Tabla 3: Dimensiones del bienestar social de Coray Keyes

Coherencia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Interés por la sociedad y por la vida social; • Percibir que el mundo social tiene lógica y es coherente y predecible.
Integración Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado con elementos a compartir
Contribución Social	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de uno contribuye con algo valioso para la sociedad en general
Actualización Social	<ul style="list-style-type: none"> • Tener la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla permitiendo además el crecimiento y la actualización personal.
Aceptación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Tener actitudes benévolas y positivas hacia la gente. Sentir que el mundo no es un lugar hostil y cruel.

Fuente: Construcción propia

De acuerdo con lo anterior es posible realizar una caracterización de las prácticas de cuidado desde los tres corpus sobre los que se centra el bienestar (Tabla 4).

Tabla 4: creencias y prácticas asociadas al bienestar

	Creencia	Práctica
Bienestar subjetivo	Cuidándonos para sobrevivir	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene • Trabajo • Rebusque
	¡Se cuida al otro!	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de necesidades de los otros • Ayudar a los que necesitan • Cuidado del anciano • Cuidado de mascotas
	Cuidar, solo cuando se necesita	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar al enfermo • Asistir al médico • Realizarse exámenes
	Cuidando para estar bien	<ul style="list-style-type: none"> • Fiestas • Paseos • Salidas • Consumos
	Cuidar? Si lo que sucede ya está determinado.	<ul style="list-style-type: none"> • Orar • Ir a misa • Cumplir mandamientos • Asumir los designios
Bienestar psicológico	Aprendiendo para mejorar	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en talleres • Ir a conferencias y charlas • Asistir a reuniones • Afiliarse a proyectos
	Cuidar como estrategia para evitar riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Ritos familiares • Permisos a los hijos • Acompañamiento a los hijos • Inscripción de los hijos en otras actividades • Manejo de horarios

		<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del territorio • Evitación de conflictos • Silencio social
	El cuidado en una cultura sexista	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer y ser hombre <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado del cuerpo ○ Cuidado de la salud ○ Desarrollo de habilidades ○ Desarrollo de cualidades ○ Educación ○ Manejo del hogar ○ Manejo del trabajo ○ Participación social
Bienestar social	La participación como camino para el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo social • Participación en grupos formales • Participación política • Organización de proyectos • Veeduría social • Gestión de proyectos comunitarios

Fuente: Construcción propia

8.3 Salud mental no es solo bienestar

La construcción de un concepto de salud que se aleja de los modelos biomédico ha contribuido al creciente auge y desarrollo de los estudios acerca del bienestar. En la búsqueda del aspecto positivo de la salud, esta categoría se hace necesaria, junto con otras, para abordar el factor psicológico influyente en el estado de salud y en la viabilidad de la estrategia de promoción de la salud.

Tres aristas configuran el campo del bienestar, la política, iniciada con los Estados de bienestar y las condiciones objetivas necesarias para garantizar la calidad de vida, la filosófica, en la que se encuentran dos tradiciones teóricas en la comprensión de la motivación de la conducta humana: la hedónica y la eudaimónica, y la promoción de la salud mental como un constructo amplio en el que el bienestar constituye solo un componente.

El concepto de bienestar dentro del campo de la salud tiene sus orígenes en los Estados del bienestar, ya que al ser uno de los múltiples componentes del bienestar, constituyó uno de los principales objetos esenciales de las políticas públicas y de la inversión social, dejando un legado en torno a la preocupación por las dimensiones objetivas del bienestar.

En el campo de la salud mental coexisten tres modelos de bienestar que responden a la manera como se entiende el ser humano y enfrenta las vicisitudes de la vida: el bienestar subjetivo se sostiene sobre la idea de un ser humano hedónico en busca del placer y evitación de experiencias dolorosas, el bienestar psicológico presenta un ser humano en continuo proceso de desarrollo y potencialización y el bienestar social, que reconoce al sujeto determinado por contextos de interacción históricos, sociales y culturales que transforma las

realidades en las que habita.

Al reconocer la salud mental como un campo teórico- político en construcción, determinado histórico y socialmente, entrelazado con la condiciones del Estado para garantizarlo como derecho humano, e interdisciplinariamente construido sobre preguntas, prácticas y problemas que empujan a una atención integral, la experiencia del bienestar pasa a ser un componente individual que no solo indica el estado de salud mental, sino que a la vez da cuenta de la necesidad de condiciones y capacidades para la promoción de esta.

Reconocer lo anterior, valida la importancia en el ejercicio de haber descrito cada uno de los contextos, para desde ahí identificar las prácticas de cuidado y las creencias que las nuclea y orienta, ya que son los tres componentes en conjunto los que permiten vislumbrar horizontes a la hora de adecuar las intervenciones del proyecto familias fuertes y resilientes a las necesidades particulares de las comunidades.

9 REFERENCIAS

Abarca AB, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*. 2005;17(4):582. 9.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994.

Arango Panesso Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Rev Cuba Salud Pública*. 2008 Mar;34(1):0. 0.

Blanco A, Valera S. Los Fundamentos de la Intervención Psicosocial. In: *Intervención Psicosocial*. Madrid, España: Pearson Educación, S.A.; 2007. p. 3. 44.

Costante LB. De qué hablamos cuando hablamos del Estado de Bienestar. *Lecciones y Ensayos*. 2005;(81):223. 167.

Cummins RA, Cahill J. Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*. 2000;9(2):185. 98.

Derevensky J, Gupta R. Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *J Gambl Stud*. 2000 Sep;16(2):227. 51.

De Sousa Santos B. Los nuevos movimientos sociales. *Osai*. 2001;5:177. 88.

Díaz Llanes G. El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. Rev Cuba Med Gen Integral. 2001 Dec;17(6):572. 9.

Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. Soc Indic Res. 1994;31(2):103. 57.

Donas S. Adolescencia y Juventud en América Latina. Libro Universitario Regional LUR; 2001. 506 p.

E. Aparicio. Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 22(115).

Escalante GA, Castillo Ayuso R, Iuit Briceño JI. Promoción y difusión de la Salud Mental Positiva dentro del medio universitario a través de un Sitio Web. Memorias del Primer Encuentro Virtual Internacional de Psicólogos Navegantes. Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. 2006;(3):137. 40.

García Martín MÁ. El bienestar subjetivo. Escr Psicol. 2002;(6):18. 39.

García-Viniegras CRV, González VL. Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 2003 [cited 2015 Nov 11];2(7). Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/664>

González M de la OB, Vadillo NJC. ESTADO DEL BIENESTAR Y CRISIS ECONÓMICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Internet]. Huelva: Universidad de Huelva; 2011 [cited 2015 Nov 29]. Available from: https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2_asignaturas/asig200025/informacion_academica/Estado%20de%20bienestar%20y%20crisis.pdf

Gómez-Arias RD. La noción de salud, un concepto en expansión. Rev Itaes [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 29];12(2). Available from: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/Itaes-2010-2-Medicina-Sociedad.pdf>

García Martín MA. Aspectos Psicosociales del Envejecimiento. Diagnostico [Internet]. 2003 Mar [cited 2015 Nov 29];42(2). Available from: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/43-46.html>

Hutsebaut J, Feenstra DJ, Luyten P. Personality Disorders in Adolescence: Label or Opportunity? Clin Psychol Sci Pract. 2013 Dec;20(4):445. 51.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth), Universidad de Melbourne. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado [Internet]. Ginebra, Suiza:

Organización Mundial de la Salud; 2004. 60 p. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OMS | Preguntas más frecuentes [Internet]. WHO. [cited 2015 Nov 29]. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa, Canadá: OMS; 1986 [cited 2015 Nov 29]. Available from: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

Oramas Viera A, Santana López S, Vergara Barrenechea A. El Bienestar Psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Rev Cuba Salud Trab.* 2006;7(1-2):34. 9.

Restrepo Ochoa DA, Jaramillo E. JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2012;30(2):202. 11.

Ryff CD, Singer BH. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *J Happiness Stud.* 2008 Jan;9(1):13. 39.

Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719. 27.

Rodrigo M. J. Las teorías implícitas en el conocimiento social / Implicit theories in social knowledge. *Infancia Aprendizaje/Infancia Aprendiz J Study Educ Dev.* 1985;8(31-32).

Romero Carrasco AE, García-Mas A, Brustad RJ. Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Rev Latinoam Psicol.* 2009;41(2):335. 47.

Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical And Health Psychology.* 2009;5:15. 28.

Veenhoven R. Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. 2001 [cited 2015 Nov 29]; Available from: <http://repub.eur.nl/pub/8770/>

Victoria García-Viniegras CR, González Benítez I. La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cuba Med Gen Integral.* 2000;16(6):586. 92.

