

LA INCLUSION SOCIAL EN LA EDUCACION PARA LA SALUD - MISION ALTO  
BONITO.

KAREN TATIANA URREA GALLO  
MARIA CAMILA VILLEGAS OSORIO  
HELMER MARIN ARIAS  
ANGELA MARIA GALLO JARAMILLO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
RIONEGRO  
2019

LA INCLUSION SOCIAL EN LA EDUCACION PARA LA SALUD - MISION ALTO  
BONITO.

MARIA CAMILA VILLEGAS OSORIO  
KAREN TATIANA URREA GALLO  
HELMER MARIN ARIAS  
ANGELA MARIA GALLO JARAMILLO

SEMILLERO MISIONES

PROYECTO DE INTERVENCIÓN  
PARA OPTAR AL TITULO DE  
ENFERMERO

DOCENTE SEMILLERISTA  
HELINA MARGARITA ARANGO PEÑA  
MAGISTER EN EDUCACION

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

RIONEGRO

2019

## CONTENIDO

CAPITULO 1.....	4
1. INTRODUCCION.....	4
2. ESTADO DEL ARTE.....	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	13
5. OBJETIVOS.....	14
6. JUSTIFICACION.....	15
CAPITULO II.....	18
MARCO TEORICO.....	18
1. CONTEXTO MUNICIPIO DE RIONEGRO.....	18
2. CONTEXTO ALTO BONITO.....	19
3. CONTEXTO SITUACIONAL.....	20
4. FUNDAMENTO EPISTEMICO.....	21
5. FUNDAMENTO TEORICO.....	26
6. FUNDAMENTO LEGAL.....	27
CAPITULO III.....	32
MEMORIA METODOLÓGICA.....	32
1. ENFOQUE.....	32
2. DEISEÑO DEL PROYECTO.....	33
3. UNIDAD A INTEVENIR.....	33
4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	34
5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION..	34
6. ETICA EN EL PROYECTO DE INTERVENCION.....	35
CAPITULO IV.....	36
1. FASES DE DESARROLLO DE LA INTERVENCION.....	36
2. DIAGNÓSTICO.....	36
3. CARACTERÍSITCAS DEL GRUPO.....	37
4. NECESIDADES INDENTIFICADAS.....	38
5. DISEÑO Y PLANIFICACION DE LA INTERVENCION.....	40
6. EVALUACIÓN Y APLICACION DEL PLAN.....	41
7. EJECUCION DEL PLAN Y EVALUACION DE RESULTADOS.....	42
8. DESEMINACION DE RESULTADOS.....	43
CAPITULO V.....	44
1. HALLAZGOS.....	44
2. DISCUSIÓN.....	45
3. CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
APENDICES.....	54
APENDICE A PLAN DE ACTIVIDAD EN EDUCACION PARA LA SALUD.....	54
APENDICE B REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACION.....	59
APENDICE C FOTOS REPRESENTATIVAS DEL EVENTO.....	60

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El trabajo a continuación pretende enfocar la mirada en la importancia del trabajo comunitario y resaltar la importancia de los roles que cumple cada persona en una comunidad. Por lo anterior es importante reconocer el rol que cumple la comunidad, dentro de esta se crea un conjunto de relaciones donde cada persona cumple tiene una función específica, que varía según las responsabilidades, y sobre todo del conocimiento de cada persona, que es el fin fundamental de este trabajo.

Para llevar a cabo este trabajo se consultaron diferentes fuentes bibliográficas para lograr una aproximación sobre el tema en cuestión. Este trabajo será el resultado de una ardua búsqueda y valoración de documentos también a partir de la interpretación de estos temas a partir de la propia experiencia del trabajo en comunidad. Con base en lo anterior se hizo una revisión de las necesidades de la población del barrio alto bonito, se hace un estudio en el cual la población del barrio anteriormente mencionado refiere sentir gran curiosidad y deseos de obtener formación en primeros auxilios, lo cual es aceptado y abordado por el grupo de misiones.

El estudio de los primeros auxilios es de mucha importancia para el desarrollo intelectual y social. De esta manera se vio la necesidad de ahondar en el barrio alto bonito, barrio ubicado en el municipio de Rionegro para de esta manera educar a una población muy vulnerable y considerablemente expuesta, ya que por este medio de educación en conocimientos de primeros auxilios se podrían mitigar pequeñas o grandes emergencias

Con relación a lo anterior se decidió educar a la población de alto bonito con base en sus necesidades diarias, para esto fue necesario recurrir a la improvisación de utensilios que en una casa se utilizan diariamente sin perder de vista el objetivo de los conocimientos iniciales. Es así, como el presente trabajo de investigación se propone desarrollar un proyecto para la capacitación de primeros auxilios dirigido a la población de una comunidad vulnerable esto conlleva población analfabeta, de esta manera se realiza un curso teórico-práctico que ayude a esta población a interactuar con un medio de emergencia.

## 2. ESTADO DEL ARTE

La *inclusión social* comprende todos y cada uno de los mecanismos que utilizan los entes gubernamentales, educativos y/o entidades locales para lograr generar un impacto en comunidades que han sido víctimas de conflictos y problemáticas sociales, por condiciones ajenas a las mismas voluntades personales: bajo estrato socioeconómico, violencia, pobreza y condiciones en las cuales los determinantes sociales se ven vulnerados por alguna situación. Es por esta razón que a través de la participación de *equipos multidisciplinarios* se busca generar conciencia e iniciativas que formen un entorno de educación, que garantice el acceso a programas que fortalezcan las competencias ciudadanas y se desarrollen técnicas de *autocuidado* para lograr un bienestar comunitario.

Para lograr impactar y encontrar cada una de las necesidades comunitarias de las poblaciones vulnerables, es necesario tener presente los *determinantes sociales de la salud* que son todas aquellas condiciones de vida a las cuales está sujeto un individuo al ser miembro de una comunidad familiar y social, pues de ellos depende en gran medida el grado de satisfacción que se busca lograr a través de la *educación en salud*, partiendo del sistema de inclusión social,

generando una proyección de mejora a futuro, desde la corrección de las situaciones que ponen en riesgo la salud. Es una tarea fundamental de cada uno de los profesionales que llevan a cabo la intervención, fomentar prácticas seguras que lleguen a orientar a las personas en su proceso de auto superación.

De acuerdo con lo anterior es de vital importancia hablar acerca de cuál es la definición de los determinantes sociales para de esta manera tener un concepto más claro y poder ahondar más sobre este tema, entonces se entienden los determinantes sociales como lo siguiente:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

(OMS Determinantes Sociales, 2019)

La *educación para la salud* propende por minimizar daños prevenibles en el estado de salud de las personas, buscando concientizar a la población en temáticas que aborden los *entornos saludables*, todo esto mediante la construcción de técnicas de estudio y aprendizaje que permitan lograrlo. De esta forma, mantener un estado en el cual se promueva la salud y se prevenga la enfermedad, caracterizando necesidades evidenciadas en las comunidades, buscando planes de intervención comunitaria efectiva, que eduquen la población vulnerable y de esta manera sea canalizada a cada uno de los programas e intervenciones colectivas a las cuales tienen derecho. La educación también comprende una *comunicación asertiva* entre los grupos colaboradores y los grupos participantes, mejorando los niveles educativos a través de temáticas científicamente probadas que sean consecuentes con cada una de las técnicas que la

población vulnerable adopte; desarrollando habilidades personales que conscientemente aporten a la autonomía de cada individuo.

La educación y comunicación para la salud se concibe como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 1)

La *desigualdad* en las comunidades víctimas del conflicto hace parte de los sistemas de globalización que día a día vienen en un constante proceso de cambio, sin embargo, la sobrepoblación busco que las personas se adaptaran a los nuevos estilos de vida que estuvieron sujetos a la creciente inflación de cada condición mínima para la subsistencia de las *necesidades humanas*, por esta razón las comunidades con un nivel educativo tuvieron que aprender a resistir cada cambio súbito, que no tuvo en cuenta procesos progresivos. Las diferencias en los estratos se hicieron más predominantes, no solo dentro de las sociedades sino también dentro de los mismos grupos familiares, generando así nuevas formas de *desigualdad* con un mayor impacto en lo social, puesto que se ocasionan los ambientes de conflicto entre bandas o grupos familiares.

Con el incremento en la población y la evolución de las sociedades se hizo necesario la implementación de nuevas formas de vida y sistemas de sociedades, pasando de una etapa nómada a una en donde predomina la agricultura, aunque comienzan a aparecer nuevas formas de trabajo como comerciantes, artesanos etc. (Vargas, 2014, pág. 15)

El profesional de enfermería es responsable de identificar las necesidades de los individuos, de esta manera priorizar y atenderlas de una manera óptima, con la comunidad se plantearon un gran número de posibles intervenciones en las cuales pudiéramos brindar educación en salud, dentro de la temáticas a tratar la que más llamó la atención de la comunidad fue un curso de “primeros auxilios básicos” para actuar en caso de ser primer respondiente debido a alguna eventualidad que se pueda presentar. De esta manera fomentamos prácticas de *autocuidado* para la resolución de conflictos sociales que pueden resolverse periódicamente acompañados de un buen nivel educativo adquirido con la participación en estos espacios para el aprendizaje.

Las capacidades ciudadanas no se limitan al nivel de la participación política formal, sino que se extienden al involucramiento social e interpersonal, que constituye un aprendizaje que se va internalizando y asumiendo con la participación paulatina estimulada de formación de una persona. (Kreisler, 2014, pág. 3)

La *inclusión social* significa asegurar que todos los ciudadanos sin tener en cuenta su procedencia, condición social, cultural, económica o su sistema de creencias puedan ejercer sus derechos, potenciar y sacar provecho de sus habilidades además de tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio, logrando alcanzar objetivos y metas establecidas por ley. La comunidad de la vereda de *Alto Bonito*” del municipio de Rionegro, es una población que está sumida en problemáticas sociales relacionadas, con la drogadicción, las fronteras invisibles, bajo nivel educativo y socioeconómico. Por esta razón la universidad católica de oriente caracterizó esta población; que, a través de un *plan de intervenciones colectivas* y un equipo multidisciplinario, busca la superación de estas circunstancias en las cuales se encuentra inmersa la comunidad.



El Sector Inclusión Social y Reconciliación, a partir de las competencias funcionales entregadas por Decreto, y cuyas acciones inciden en la vida social del país, debe trabajar las estrategias y objetivos para alcanzar las metas misionales y las de las políticas de Desarrollo Administrativo establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y ahora en el Decreto 1499 de 2017. (Gobierno de Colombia, (2018) pág. 3).

Los primeros auxilios es el conjunto de medidas que se implementan para la ayuda básica y necesaria que se le otorga a un colectivo o una persona que ha sufrido algún tipo de evento como accidente o enfermedad, partiendo de las intervenciones de un primer respondiente, hasta la llegada de un agente de salud especializado en la atención, todo con el fin de minimizar los daños y conservar la vida del paciente. Aprender los métodos más eficaces hacen que se tenga una adecuada intervención, en caso de un accidente que pone en riesgo inminente la vida, hay que tener en cuenta que se va a tratar, problemas mínimos e inmediatamente activar un plan de atención de emergencia, ya que, con la respuesta básica rápida, lo que se trata de intervenir es a manera de prevención.

El Primer respondiente, es la primera persona que decide participar en la atención de un lesionado. Puede o no ser un profesional de la salud. Es el encargado de evaluar la escena, comenzar la revisión del lesionado y activar al servicio médico de urgencia, conocido en los medios urbanos como Sistema de Atención Médica Prehospitalaria. (Alcaldía de Medellín. 2017).

Los conceptos de vulnerabilidad y mecanismo protector han sido definidos, como la capacidad de modificar las respuestas que tienen las personas frente a las situaciones de riesgo. (Rutter, 1990). Asumiendo un estado de resiliencia en el cual se adaptan a los posibles cambios que partan de estas mismas situaciones. El concepto de población vulnerable da cuenta, de alguna forma, a cada una de las condiciones a las cuales está expuesto o sometido un individuo y que le pueden generar cambios adaptativos. Los mecanismos protectores asumen una posición de contraprestación a cada uno de los daños desencadenados por las problemáticas sociales que someten la población vulnerable de sufrir daños y que de alguna manera son irreversibles, es por esta razón que a través de la educación y ayudas por parte de equipos multidisciplinarios se logra contrarrestar algunos de los efectos que son consecuentes de las incidencias sociales.

Un factor protector puede no constituir un suceso agradable, como se ha hecho evidente en varios estudios sobre experiencias tempranas de estrés en animales, y su asociación a la resistencia a experiencias posteriores del mismo tipo. (Organización Panamericana de la Salud, 1997, p. 21)

La *enfermería comunitaria* es una de las ramas que se encarga de propiciar espacios para llevar una salud plena, tiene por objeto el manejo de la salud desde el ámbito preventivo y desde el ámbito promocional, ya que abarca un importante número de procesos que determinan y suponen beneficios a nivel poblacional. La herramienta básica para la enfermería comunitaria es la *educación en salud*, ya que está dirigida a todos los grupos etarios de acuerdo con las funciones básicas y las necesidades que se pueden intervenir a nivel individual, como parte de esta metodología de trabajo es aplicada a la inclusión social, ya que, brinda estrategias que pueden ser menos costo efectivas y que además brindan bases científicas para el desarrollo de trabajo de campo. En este sentido podemos decir que la enfermería comunitaria utiliza procesos

pedagógicos para la enseñanza y transmisión de conocimientos a aquellos grupos que hacen parte de la comunidad, hay que tener en cuenta las costumbres de ese grupo comunitario en específico para obtener resultados establecidos y de esta manera lograr las metas en salud.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se pretende entender el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y comprender la brecha que existe entre un “antes” y un “después” de dicho sistema, el enfoque al que se está direccionando actualmente la salud en Colombia y los conceptos principales a los que se está enfocando este proyecto. Para entender en detalle lo anteriormente mencionado, se considera apropiado hacer la siguiente citación:

“El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) es central para el desarrollo social y económico del país. Creado mediante la Ley 100 de 1993, este sistema rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarca en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad. Reemplazó al Sistema Nacional de Salud que funcionaba desde 1975, creó el sistema de aseguramiento y estableció relaciones de mercado entre las aseguradoras denominadas “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)”. Los usuarios se afilian a las aseguradoras, a las cuales el Estado paga una suma de dinero por año denominada “unidad de pago por capitación (UPC)”. Las aseguradoras contratan los servicios con clínicas y hospitales para atender a sus afiliados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido por el Gobierno. El SGSSS por primera vez en la historia colombiana puso los servicios de salud (en el marco de POS), al alcance de la población colombiana,

primero de manera fragmentada y restringida y, desde el año 2012, en forma completa para todos.” (Merlano-Porras, 2013, página 1)

El sistema general de seguridad social en salud ha tenido una reforma abismal en los últimos años, en consecuencia, a esta reforma se ha venido centrando principalmente en el tema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.” (OMS,2016)

La prevención de la enfermedad hace referencia a una serie de medidas que se utilizan para evitar la enfermedad, incluso para reducir todos los factores de riesgo que pueda tener una persona, detener el avance de la enfermedad o hacer que las consecuencias no sean tantas. En consecuencia, de que enfoque del sistema general de seguridad social en salud esté direccionado a la atención integral en salud, más directamente apunta a los dos anteriores conceptos mencionados, siguiendo estos lineamientos se decidió desde la parte de primeros auxilios aplicar el concepto de prevención de la enfermedad puesto que si se da una adecuada atención primaria al afectado puede disminuir las consecuencias que pueda tener sea cual sea su afección.

La educación para la salud es la herramienta para transmitir la información a las personas de la comunidad de Alto bonito, basado en la evidencia científica se va a orientar e

instruir a un grupo de personas acerca de los primeros auxilios que se deben prestar en situaciones de urgencia.

“La EPS como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, por tanto, esto implica que tiene aspectos formales e informales. Sin embargo, aunque reconocemos la importancia de la transmisión informal del conocimiento empírico en torno a la salud realizado de generación en generación, a través de la familia y sociedad, en este trabajo estamos más interesados en su sentido formal, que implica actividades planificadas y programadas.” (Figuroa, 2004 , p. 45).

#### 4. PREGUNTA DEL PROYECTO.

¿Cuales son las necesidades en educación para la salud, planteadas por la Comunidad Alto Bonito, manifestadas por los miembros de la Junta de Acción Comunal?

#### 5. OBJETIVOS

OBEJTIVO GENERAL.

Diseñar una estrategia para el fortalecimiento de las actividades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el contexto de inclusión social, para dar respuesta a las necesidades de educación para la salud, planteadas por los integrantes de la Junta de Acción Comunal de Alto Bonito. 2018- 2019

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar las preferencias en educación para la salud, planteadas por la comunidad de Alto Bonito, caracterizadas por los miembros de la JAC, en un grupo focal.

Determinar los contenidos, y la estructura organizacional de los encuentros educativos, como respuesta a las necesidades planteadas en el grupo focal.

Presentar a la comunidad la propuesta de encuentros y su temática para su aprobación y ejecución, como respuesta al proceso de inclusión social.

Certificar la asistencia y participación activa de los miembros de la comunidad, en este proyecto.

#### 6. JUSTIFICACIÓN.

La Universidad Católica de Oriente desde su misión institucional presenta:

“El servicio al hombre y a la comunidad, entendido como la voluntad de brindar desde su inspiración cristiana, sus funciones universitarias y su compromiso con la región, a una educación de calidad, así como ofrecer aportes y soluciones a los problemas del desarrollo humano integral del oriente de Antioquia”. (Universidad Católica de Oriente 2017-2019 p. 11-13).

En el marco de este propósito misional, la Facultad de Ciencias de la Salud ha venido implementando desde diversos proyectos la atención a las comunidades, como el que representa este trabajo investigativo en relación a la inclusión social en la educación para la salud en el asentamiento Alto Bonito del municipio de Rionegro Antioquia.

Las apuestas por la inclusión social en salud, comprometen y empoderan, no solo a unos estudiantes en formación de enfermería, sino también a una comunidad que se motiva a aprender y a construir territorio desde su diversidad; aprendizajes mutuos que ofrecen nuevas lecciones de vida que precisamente este proyecto así lo evidencia desde diversas estrategias para el fortalecimiento de las actividades para el sano esparcimiento como lo son: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en el contexto de la inclusión social.

El trabajo académico que se ha realizado como parte del proceso formativo de los estudiantes de enfermería ha posibilitado utilizar la metodología de la investigación, Acción Participativa, para involucrar a la comunidad de la vereda alto bonito a ser partícipes en la identificación de sus necesidades de formación en salud, a construir conocimiento desde sus experiencias de vida y a la transformación de nuevas prácticas y buenos hábitos saludables para el mejoramiento de nuestra salud, que van a beneficiar en este caso a líderes de la acción

comunal y a las madres comunitarias quienes conforman el grupo de participantes, en la firme convicción que serán ellas multiplicadoras de la educación recibida a toda la comunidad.

La inclusión social en las comunidades es importante porque es donde se implementan permanentemente conocimientos y habilidades a las personas que requieren la interacción y aprendizaje, ya sea individual, familiar o colectivo. La cultura en la comunidad se apoya activamente de la diversidad y experiencias de los participantes, la Salud comunitaria es una guía de atención preventiva, donde participa la comunidad con un propósito de resolver las problemáticas que presenten.

En el asentamiento del Municipio de Rionegro (Alto Bonito) se desarrolló y construyó un sentido de identidad de un grupo de personas donde se realizó una continuidad, con las diferentes actividades realizadas y experiencias académicas que nos impulsan hacer mejores personas en la integración hacia la comunidad. Esta intervención social de Alto Bonito favorece a toda la comunidad en general, en la medida que se comprometen a salir adelante con su disciplina, estilos de vida y esmero por implementar programas de salud orientados por estudiantes de Enfermería, quienes apoyan el territorio del Oriente Antioqueño como un compromiso con la región.

En el asentamiento Alto Bonito del Municipio de Rionegro, el proyecto se realiza a un grupo previamente comprometido, de la acción Comunal donde en su mayoría son madres comunitarias que participan de manera colectiva en diferentes actividades que se realizan desde el programa de Enfermería, para lograr transmitir la información con un lenguaje acorde en el contexto en el que se desenvuelven.



Se logra iniciar evidenciando las necesidades de esta comunidad y las preferencias en el sector de educación enfocado a la salud, para observar si existe problemáticas o desconocimiento sobre este tema en el cual se pueda intervenir con actividades participativas para la comunidad. Se determina de una manera precisa el contenido que se realiza en los diferentes encuentros según las necesidades planteadas por la comunidad de Alto Bonito, se presentan las propuestas para ser aprobadas y darle ejecución al proceso de Inclusión Social, se le ofrece conocimientos básicos sobre los temas que se realizan en los encuentros donde se les indica la importancia y cuidado que se debe tener a la hora de ponerlos en práctica y finalmente se le entrega un soporte sobre la informa.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

## 1. CONTEXTO MUNICIPIO DE RIONEGRO

El municipio de Rionegro se encuentra localizado en la subregión oriente del departamento de Antioquia en Colombia, aproximadamente a 45 km de la capital antioqueña. Limita al norte con los municipios de Guarne y San Vicente, al este con Marinilla y El Carmen, al sur con La Ceja y al oeste con El Retiro, Envigado y Medellín. Posee una extensión de 195,7 Km. La altura máxima es de 2740 m.s.n.m. y la mínima de 2065 m.s.n.m.

División político administrativa el suelo urbano del municipio se encuentra dividido en 10 barrios: El Porvenir, Centro, El Hospital, Alto del Medio, Belchite, San Antonio, Gualanday, El Faro, Santa Ana y Cuatro Esquinas. El suelo rural se encuentra dividido en las siguientes veredas, la cuales se identifican de norte a sur, con los siguientes nombres: Río Abajo, Los Pinos, San Luis, Santa Bárbara, Galicia parte alta, Galicia parte baja, La Mosca, Mampuesto, La Laja, Fontibón, El Carmín, Cuchillas de San José, Cimarrona, Ojo de Agua, La Mosquita, Villa Rica Ranchería, Abreo, Abreito, Vereda La Quiebra, Vereda Yarumal, Convención, Chachafruto, Barro Blanco 1, Barro Blanco 2, Chipre, El Tablazo, Tablacito, Tres Puertas, Vilachuaga, Guayabito, Cabeceras de Llano Grande, Pontezuela, Capiro, Higuerón, Vereda Santa Teresa (Rionegro y su entorno, 2017)

## 2. CONTEXTO ALTO BONITO.

Con el fin de contextualizar al lector acerca del lugar en el cual se llevó a cabo este proyecto se propone mostrar los datos más relevantes de Alto Bonito, datos como, ubicación, accesos a este y con los servicios básicos con los cuales cuenta, con esta contextualización lo que se busca es que el lector sepa cuál es el ámbito en el que se desarrolló el proyecto y dar a conocer las situaciones a las cuales el equipo se vio involucrado.

El asentamiento Alto Bonito se encuentra ubicado a 1.8 Km del parque del municipio de Rionegro, con acceso por vía vehicular que va por la vía a Fontibón, Alto del Medio y por El Porvenir la vía el tanque, con un área aproximada de 7.35 ha; se compone de 2 asentamientos consolidados que se han denominado Alto Bonito 1, con 7.35 Ha, polígono inicial y Alto Bonito 2, 0,5 Ha, polígono de asentamiento más reciente. Desde hace más de 20 años en el área rural de Abreo se ha consolidado este asentamiento denominado Alto Bonito, el cual ha tenido una historia y dinámica propia, donde se origina por la necesidad de vivienda por causas de desplazamiento y bajo costo de la tierra; por datos Sisben 3 a octubre del 2017 el asentamiento cuenta con 1934 habitantes, que corresponden a 513 Hogares, donde la media por hogar es de 3,8 personas por hogar, con puntajes del Sisben entre 2 y 70 Puntos. En Catastro Municipal se encuentran 175 Registros que pueden corresponder a predio o mejoras.

Este sector corresponde a los pobladores de más antiguo proceso de asentamiento, quienes han visto fragmentar la propiedad territorial por herencias, promovido el loteo y venta de predios generadores de barrios sin planeamiento urbano y la recepción de desplazados de otras subregiones del departamento y del país, por diferente situaciones el asentamiento de Alto Bonito ha crecido en número de viviendas, además de equipamientos y es así como en el 2006 solo existía la Iglesia, luego en el 2010 se realiza

la explanación de la cancha y en posteriormente en el 2011 se hace la placa y en el 2015 la placa polideportiva y el salón comunal. (Garcia,2018, p. 12)

### 3. CONTEXTO SITUACIONAL.

Es de gran importancia este trabajo para el municipio de Rionegro este trabajo ya que abre una gran brecha a la inclusión social y a la educación de la comunidad, partiendo de un proyecto que pretende llevar el cuidado de la salud a todos los rincones del municipio:

Para el Municipio de Rionegro se ha convertido en un problema de salud Pública e igualmente para todo Latinoamérica, el poco trabajo de campo que se realizaba en años atrás, en las comunidades con poco acceso a la salud y vulnerables a recursos primordiales de esta. Partiendo con un equipo interdisciplinario que se acoja en busca de las Soluciones con ayuda de Organizaciones o la Alcaldía como tal para enfocarse en las comunidades más vulnerables como lo es el asentamiento Alto del Medio, para realizar actividades que van ligadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, donde se logren atender todas las necesidades requeridas por parte del personal capacitado el cual conforma el equipo interdisciplinario.

La realización de trabajos de campo, es importante e igualmente para la salud pública lo cual resulta de beneficio propio ya sea para la comunidad como para las personas que están colaborando con estas tareas. La intervención social que se realizó en Alto Bonito se debe a la poca accesibilidad de salud en esta vereda del Municipio de Rionegro, por falta de un sistema de salud que logre satisfacer a esta comunidad, quienes son los más vulnerables en esta zona por ser uno de los lugares más alejados de la cabecera Municipal donde están los centros de

salud. En la comunidad se requiere de un personal capacitado en primeros auxilios básicos, se realizan estas intervenciones para disminuir la problemática de salud pública que actualmente tiene el Municipio, y esta comunidad de la vereda Alto Bonito.

#### 4. FUNDAMENTO EPISTÉMICO.

##### SALUD

Para el ser humano la salud es una de las herramientas fundamentales para tener una buena calidad de vida, pues sin salud el ser humano no puede cumplir sus objetivos y por este motivo no sentir plenitud

“Según la OMS La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” La Salud se entiende cuando un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente (OMS. 2019).

##### ENFERMEDAD.

El término enfermedad se refiere ampliamente a cualquier condición que perjudica el funcionamiento del cuerpo humano. El término enfermedad puede usarse para describir enfermedades infecciosas como el VIH, la malaria o la influenza. Estas condiciones son el resultado de la presencia de agentes causantes de enfermedades (por ejemplo, virus y bacterias) que pueden transferirse entre las personas. En contraste, enfermedades como

las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer se consideran enfermedades no infecciosas, porque no las causa un agente causante de enfermedad y no se pueden transferir entre las personas. (Manual de Capacitación, 2015, p. 7)

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para este trabajo es fundamental exponer y ahondar en el término de “promoción de la salud” ya que es fundamental en los temas que se tratarán con la comunidad por que es básicamente uno de los pilares fundamentales para este proyecto, nos definen la OMS la promoción de la salud con lo siguiente:

“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. Salud” (OMS, 2016)

## PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Para el Acompañamiento que se le realizó a esta comunidad es de vital importancia el concepto de la prevención de la Enfermedad puesto que se requiere una disminución significativa en enfermedades crónicas en el Municipio por cuenta de personal idóneo que disminuya la problemática de salud pública que actualmente cuenta el municipio. “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida.” (Ministerio de salud el salvador, p. 3)

## ESTRATEGIA

Las Estrategias de Salud son actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación con otros departamentos o instituciones. (Estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud, 2013)

## INCLUSIÓN SOCIAL

Este término es importante para una comunidad puesto que se tienen grandes oportunidades para disminuir las necesidades precarias en la Vereda Alto Bonito del Municipio de Rionegro teniendo en cuenta que una inclusión social puede afectar tanto a una sola persona o grupos de personas de una misma comunidad.

La inclusión social es el proceso de cambio de las personas, familias, comunidades e incluso regiones, de manera que participen social, económica y políticamente, tanto de forma pasiva (beneficios y oportunidades) como activa (mecanismos y procesos de decisión comunitaria). El concepto de inclusión social forma parte de la tendencia de ampliación progresiva de la ciudadanía, que busca llegar a una participación, de ser posible total, como ocurre en los países del Primer Mundo. Para avanzar en esta dirección se requieren políticas de largo plazo e instrumentos que mejoren el IDH (Índice de Desarrollo Humano); así mismo, para la inclusión es clave el empleo productivo digno y estable. Con la mejora de los indicadores vendrán incrementos de movilidad dentro del contexto inatajable de la globalización. Con la inclusión social en

marcha se cumplirá lo esencial para lograr incrementos en la movilidad social vertical (paso de un estrato a otro); y en la movilidad social horizontal (migraciones de campo a ciudad, o internacionales). Consolidado ese estadio surge la cohesión social, entendida como la dialéctica entre mecanismos sociales instituidos de inclusión/exclusión y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo como ellos operan. (Fraser, 2010 p. 9)

"intervenir el presente más allá de aquel que hizo de él lo que es hoy "por eso actualmente, en todas las sociedades "civilizadas", se encuentran maestros, metodologías y escuelas; es decir, un soporte organizado, planeado, sistematizado y muy consciente de los procesos que facilitan el acto de enseñar. Nunca se encontrará la historia de la humanidad separada de la educación, ya que van de la mano con factores sociales, políticos, religiosos y hasta naturales, donde los individuos que no presentan factores de igualdad frente a sus pares sociales son aislados de estos procesos. (Valbuena 2017, p. 6)

## EDUCACIÓN

La educación puede ser la base fundamental de este proyecto ya que se desea impartir desde la pedagogía conocimientos para el cuidado de la salud, mediante la educación podemos llegar hasta el barrio en cuestión y brindar herramientas básicas del cuidado de la salud, entonces la educación puede definirse como:



Proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores. El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo. De acuerdo al grado de concienciación alcanzado, estos valores pueden durar toda la vida o sólo un cierto periodo de tiempo. (León, 2007, p. 602)

### PROPUESTA PEDAGÓGICA.

Una propuesta pedagógica es una actividad donde se plantea el desarrollo de una temática, como respuesta a los requerimientos de una comunidad:

Aquella acción que promueve una aplicación de la didáctica para el desarrollo de ciertos conocimientos. Una propuesta pedagógica debe tener en cuenta el marco en el que se desarrollará y debe partir de un diagnóstico específico. Estas cuestiones permiten justificar la propuesta y sientan las bases para el cumplimiento de los objetivos estipulados.

Entre las características fundamentales que se considera que debe tener toda propuesta pedagógica o sobre las que esta debe sustentarse se encuentran la calidad educativa, la atención a la diversidad, la globalidad y la interacción.

A la hora de elaborar una propuesta de ese tipo, la persona en cuestión debe estructurarse en objetivos, contenidos, actividades, metodología y, por supuesto, criterios de evaluación, que serán los que permitirán conocer el resultado final de la citada propuesta. Es importante tener en cuenta que los primeros, los objetivos, deben ser de dos tipos: generales y específicos (Campos, 2006, p. 3)

## 5. FUNDAMENTO TEORICO

### EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER.

Se hace de vital importancia exponer una teoría que sustente las bases de este trabajo enfocado claramente en la promoción y prevención de la salud, para lo anterior fue apropiado reconocer la teórica Nola Pender con su modelo de promoción de la salud ya que ella marco con gran hito que cambio definitivamente la perspectiva de la promoción y prevención de la salud, y que también cambio la manera en la cual los profesionales de la salud ven y enseñan la salud y la prevención de esta.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. (Aristizabal, 2011, p. 4)

## 6. FUNDAMENTO LEGAL.

Hay cierta serie de leyes y resoluciones que fundamentan el trabajo en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a continuación, hacemos un recuento de las que aportaron datos importantes al que hacer de nuestra intervención.

#### LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

Esta ley lo que busca es generar políticas para que toda la población Colombiana tenga acceso a actividades que hagan referencia a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna y paliación a quienes requieran. Evita que haya una negación de prestación de servicios en el área de urgencias y busca generar una política de Estado en la cual haya una adecuada articulación intersectorial y esto tenga impacto de manera positiva en los determinantes de la salud. Lo anteriormente mencionado se puede entender a profundidad en la siguiente cita:

Artículo 1° Objeto: La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2° Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud: El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. **Ámbito de aplicación.** La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. **Definición de Sistema de Salud.** Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y la materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. **Obligaciones del Estado.** El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (Minsalud , 2015)

#### RESOLUCIÓN 0429 DE 2016

Esta resolución integra la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo de Integral de atención en Salud (MIAS) y Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Estas todas están direccionadas en general a garantizar que los Colombianos tengamos acceso a las intervenciones adecuadas en el área de la salud, mejorar las condiciones de salud mediante las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo anteriormente mencionado se encuentra con detalle en la siguiente cita donde se puede evidenciar algunos de los artículos considerados más importantes y que son más acordes al desarrollo de la temática.

Artículo 1°.- De la Política de Atención Integral en Salud- PAÍS, La Política de Atención Integral en Salud -PAÍS- El objetivo de la PAÍS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y

paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Parágrafo: La política de atención integral de atención en salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. (Minsalud, , 2016)

En el siguiente artículo se explica de manera detallada lo que es el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), tiene una serie de herramientas que ayudan a armonizar las labores de los integrantes del sistema. Este sistema está direccionado a seguir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Artículo 3°.- Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS La PAÍS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan

la respuesta del Sistema y alinean su regulación. (Minsalud, Ministerio de salud y protección social, 2016)

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) está constituido por unos componentes, todos estos enfocados en cumplir las estrategias que propone el MIAS. Uno de los componentes hace referencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. Las RÍAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial,, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RÍAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención En caso de ser requerida la conformación de otros grupos de riesgo no incluidos en la presente resolución así como la elaboración de sus respectivas rutas, los diferentes integrantes podrán definirlos y elaborarlas teniendo en cuenta la metodología que establezca para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Minsalud, 2016).



## CAPITULO III

### MEMORIA METODOLÓGICA.

El principio fundamental de este Proyecto de Intervención fue identificar las necesidades en educación para la salud, manifestadas por una comunidad Alto Bonito, y tomarlas como base estructural para proponer e implementar una propuesta de educación en salud inclusiva, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la Promoción y mantenimiento de la salud y prevención de complicaciones. Es importante resaltar que un Proyecto de Intervención comunitaria “ (...)es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de su propia realidad” (Mori, 2008, p.81).

#### 1. ENFOQUE

Este fue un proyecto que tuvo un enfoque cualitativo, como respuesta a la problemática social manifestada por una comunidad, además guiado desde la Investigación Acción Participativa, Roberts (citado por Sampieri, 2014) manifiesta que “En estos diseños también se resuelve una problemática o se implementan cambios, pero en ello intervienen de manera aún más colaborativa y democrática uno o varios investigadores y participantes o miembros de la comunidad involucrada” (Sampieri, 2014, p.501)



## 2. DISEÑO DEL PROYECTO

El diseño de este Proyecto de intervención se elaboró con una guía por fases adaptada de la propuesta por María del Pilar Mori, en el año 2008, “Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria”, con el objeto de facilitar la interacción adecuada con la comunidad objeto de estudio. Esta propuesta se presenta así:

Este trabajo presenta una propuesta de ocho fases secuenciales para la intervención en psicología comunitaria, con el uso continuo de la metodología cualitativa y participativa. Dichas fases parten del diagnóstico de la comunidad para seguir con la evaluación de las características del grupo con el que se trabajará el programa; el proceso continúa con la evaluación de sus necesidades, además del diseño y planificación. Una siguiente fase es la evaluación inicial previa a la implementación; para identificar cambios nos situamos en la evaluación final cuyos resultados serán expuestos en una última fase denominada diseminación. (Mori, 2008, p.81).

## 3. UNIDAD A INTERVENIR.

En concordancia con lo planteado desde la Universidad Católica de Oriente, y como un semillero articulado a “Las misiones *Pertinencia e impacto social*, un reto de la Universidad Católica de Oriente para llevar, con sentido evangélico, sus servicios de extensión y proyección social a las personas” (García, 2018, p.3). La unidad de estudio fue representada por miembros de la Comunidad de Alto Bonito, municipio de Rionegro, comunidad seleccionada por la Estrategia de Extensión y Proyección Social.

#### 4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Para la selección del grupo a intervenir se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico intencional, que se refiere a seleccionar un tipo de muestra que pueda aportar una información más significativa, para dar respuesta a una necesidad de la comunidad.

La muestra se escoge en términos de criterios teóricos que de alguna manera sugieren que ciertas unidades son las más convenientes para acceder a la información que se requiere. En este caso, la lógica utilizada para el muestreo no es la lógica de la representatividad (porque ninguna unidad puede representar a las demás), sino la lógica de la significatividad (Hurtado, 2012, p.276).

Por este motivo y en concordancia con lo anterior, se escogió a los miembros de la Junta de Acción Comunal, elegidos por voto popular y reconocidos por la Comunidad, conocedores de la realidad local y de sus necesidades.

#### 5. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA GENERACION DE INFORMACION.

La técnica de recolección de información fue seleccionada teniendo en cuenta las características particulares de la comunidad de Alto Bonito, en coherencia con el enfoque cualitativo de este proyecto; los instrumentos diseñados permitieron dar respuesta al objetivo general y los objetivos específicos. Esta fue El Grupo Focal: Este es una asociación de personas que tienen por objetivo discutir un tema o varios temas propuestos. Korman citado por Miguel Aigner lo define como "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho

social que es objeto de investigación" (sf, p.2). Se tomó la decisión de implementar el grupo focal, como estrategia de generación de información, teniendo en cuenta el contexto situacional de la comunidad a intervenir; escenarios relacionados específicamente con *Misiones Pertinencia e Impacto Social* actividad de Extensión y Proyección Social de la UCO, que favorecía un libre manejo del tiempo, además de los beneficios que trae generar la información con un carácter colectivo, donde la conversación y el intercambio de saberes, enriquecen los datos aportados.

## 6. ETICA EN EL PROYECTO DE INTERVENCION.

Desde el inicio de este proyecto de intervención se partió del compromiso de contribuir al desarrollo de la comunidad; al proporcionar nuevo conocimiento, resultado del análisis respetuoso de la información aportada por sus representantes, Hurtado (2012), citada por Arango, 2016) manifiesta: "La ética del investigador implica que éste se sienta comprometido con su trabajo y desarrolle el interés que realmente prevalece en el" (p.80). De acuerdo a las características y especificidad del proyecto, y teniendo en cuenta que fue un proyecto no experimental de tipo social, el principio que la rigió fue es el respeto.

## 1. FASES DE DESARROLLO DE LA INTERVENCION COMUNITARIA.

### 2. DIAGNOSTICO.

En la fase de diagnóstico se realizó un acercamiento y se planteó la posibilidad de realizar un proyecto educativo con la participación activa de la comunidad. Se citó a los representantes de la comunidad, en cabeza de 6 miembros de la Junta de Acción Comunal. Se realizó la presentación Semillero. En un segundo encuentro se procedió a realizar el grupo focal.

Para la aplicación de esta técnica los investigadores asumieron el papel de facilitadores, propiciando un ambiente adecuado y tratando de conservar las condiciones necesarias, para que los participantes expresaran libremente sus ideas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: el contexto, la población, los espacios el tipo de preguntas. Se plantearon las siguientes preguntas:

¿Quiénes conforman este grupo de personas?

¿Qué tipo de educación en salud, requiere esta comunidad?

¿Cómo creen ustedes que el semillero Misiones, en representación de la Universidad los puede apoyar?

¿Qué proponen para llevar a cabo un plan educativo?

### 3. CARACTERISTICAS DEL GRUPO.

La Autora que tomamos como guía para el proyecto de intervención, nos planteó el siguiente contenido:

Los datos que podemos indagar en los grupos son: edad, grado de instrucción, tipo de participación, experiencia en programas anteriores, identificar y precisar cuál es el tipo de acciones que tienen en la comunidad; precisar datos en relación a los problemas priorizados por la comunidad, así como la percepción del trabajo de los interventores. (Mori, 2008, p.85)

En cuanto a este aspecto, en el segundo encuentro de aproximación, se procedió a identificar las principales características de las personas integrantes de la JAC, manifestaron expresamente, que eran mujeres, amas de casa de diferentes edades y las mujeres de su grupo familiar, que participaban activamente en la interacción comunitaria, además se presentó una característica específica en común a la mayoría de las personas citadas: la baja escolaridad.

Como dato relevante y de resaltar, esta comunidad manifestó su insatisfacción con el gobierno local, por el poco apoyo recibido en la parte de educación para la salud, pues manifestaron en forma grupal que nunca han recibido respuesta específica para las necesidades que ella plantearon, además del incumplimiento en algunos procesos.

#### 4. NECESIDADES IDENTIFICADAS.

Para facilitar el análisis de la información arrojada en el grupo focal, se llevó a cabo el método de triangulación: Elliot (2000), citado por Hurtado, define la triangulación como:

Técnica para establecer relaciones mutuas entre distintos tipos de pruebas, de manera que puedan compararse y contrastarse. Según este autor, el principio básico que subyace a la idea de triangulación es el de reunir información sobre una misma situación desde diversos ángulos. En el caso de los diseños de fuente mixta la triangulación no tiene como propósito central la combinación de perspectivas de interpretación, sino proporcionar una herramienta para organizar la información proveniente de diversas fuentes. (2012, p.713).

Posteriormente se llevó a cabo una revisión de las ideas fuerza identificadas. Los aportes se escribieron en una tabla por informante clave. Tabla que se presenta a continuación.

*Análisis de la información, grupo focal.*

--	--	--

ITEM							OBSERVACION IDEA FUERZA
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	
Quiénes conforman este grupo de personas.	Personas de Alto Bonito.	Señoras y mujeres de acá de la comunidad	Campesinas que vivimos acá, hace años.	Nosotros somos desplazados de Cocorna.	Desde chiquita vivo acá.	La gente de acá, gente humilde y trabajadora.	Miembros de la comunidad de Alto Bonito.
Qué tipo de educación en salud, requiere esta comunidad	Hay, curso de inyectología ya tomar la presión.	Pues sería bueno, primeros auxilios en fracturas y golpes. A poner inyecciones.	Para atender a los quemados y a los heridos y que nos den certificado	Como prevenir accidentes en los niños, se presentan mucho, bajar la fiebre.	Pues de todos los primeros auxilios. Que nos den certificado. Saber aplicar inyecciones.	Cosas que le sirvan a uno, para atender a la gente y a la familia.	Tema incluidos en primeros auxilios o primer respondiente. Certificado. Administración de medicamentos
Cómo creen ustedes que el semillero Misiones, en representación de la Universidad los puede apoyar.	Pues que si vengan a dictarnos las charlas.	Sería maravilloso que nos capacitara la universidad	NA	Que si nos cumplan y nos den certificado	NA	Qué bueno que vengan y nos cumplan.	Compromiso y respeto por la comunidad.
Qué proponen para llevar a cabo un plan educativo.	Informar a la comunidad para que se inscriban, las clases en semana.	Informar a las familias de acá. Que sea por la mañana, que tengo los nietos en la escuela	Podemos informar en la misa. Y que se inscriban las que si van a cumplir.	Hacer letreros, y decir en las reuniones.	Que nos pongamos de acuerdo en los días.	Un día en que todas podamos y si no que se adapten las otras.	Unificar fecha y hora, participantes.

Una vez finalizado el estudio y análisis de la información recolectada en el grupo focal se identifican las siguientes ideas fuerza tipificadas como necesidades de la comunidad de Alto Bonito:

Los miembros de la comunidad de Alto Bonito, presentaron como prioridad en Educación para la Salud, la necesidad de una capacitación en temas relacionados con primeros auxilios. En una forma muy insistente solicitaron la capacitación en Inyectología; se les aclara que la formación en la administración de medicamentos por diferentes vías (aplicar inyecciones), se debía regir por la normatividad colombiana, que plantea que este es un procedimiento de alto riesgo, que debe ser realizado dentro de una institución de salud.

Que los días y horas para las secciones de trabajo sean pactados por la comunidad.

Requirieron que este proceso fuera certificado por la Universidad, como prueba de la seriedad de este proyecto.

## 5. DISEÑO Y PLANIFICACION DE LA INTERVENCION.

Para el diseño y planificación de la intervención y teniendo en cuenta lo expresado por la comunidad se plantearon una serie de Contenidos como respuesta a las necesidades de la comunidad y se propusieron los contenidos de 6 encuentros temáticos teórico práctico, para el cumplimiento de 20 horas de duración así:

*Conceptos básicos en primeros auxilios, heridas y tipos de heridas y manejo.*



*Las quemaduras y manejo, Fracturas e inmovilizaciones, Intoxicaciones, Signos vitales, Accidentes y señales de peligro, Actividad de refuerzo.*

Se programaron los encuentros con un tiempo intermedio entre cada encuentro de 15 días.

Se utilizó como guía documentos de: Universidad de Cataluña, Universidad Autónoma de México, Universidad de la Rioja, Cruz Roja Internacional, Sociedad de Prevención Asepeyo, Primeros Auxilios Cruz Roja Argentina, Ministerio del Trabajo de España, Documento de Illinois Poison Center, Estrategia AIEPI. Se Presenta en la lista de anexos el plan educativo completo

## 6. EVALUACION Y APROBACION DEL PLAN.

Para la evaluación del plan se citó a la comunidad en una de las actividades de la Estrategia Misiones, se presentó la propuesta para ser aprobada por la comunidad, se elaboró un acta con los siguientes contenidos: Orden del día con los siguientes temas:

Presentación del grupo Misiones de la Facultad de Ciencias de la Salud – UCO,  
Presentación de los asistentes por parte de la JAC Alto Bonito.

Presentación de la propuesta, estructura del curso y tiempo estipulado.

Informe de certificación y entrega de memorias.

Actividad educativa en Hábitos de vida saludable, por parte del grupo de enfermería, actividad Dudas, sugerencias y varios., responsables, lista de asistentes.

## 7. EJECUCION DEL PLAN Y EVALUACION DE RESULTADOS.

Se realizaron 3 encuentros de acercamiento a la comunidad, para conocer sus necesidades en Educación Para la salud. La comunidad de Alto Bonito representada por mujeres de la JAC, participaron del grupo focal en la cual plantearon la necesidad de recibir unos temas específicos relacionados con los “primeros auxilios” ante situaciones de emergencia en el ambiente comunitario y familiar. Se Programaron y realizaron 6 encuentros de 4 horas de duración cada uno, con una fase teórica y una práctica.

En promedio asistieron a los encuentros educativos 21 personas de las cuales fueron certificadas por la Universidad en la primera fase 13 y 4 personas comprometidas para terminar en proceso una vez resolvieran problemas personales.

Con este tipo de actividad se logra reconfirmar que las familias y la comunidad están dispuestas a participar en el desarrollo de actividades que Fortalecen su autocuidado. Es de suma importancia tener claro que todas las actividades de Promoción y Prevención deben ser incluyentes, cuando se realiza este proceso la respuesta de la comunidad es amplia y participativa, porque reciben respuesta a sus necesidades.

La comunidad en cabeza de sus líderes evaluó todo el desarrollo del proceso, manifestando su total satisfacción con lo llevado a cabo por el Semillero Misiones de la Facultad de Ciencias de la salud. Esta evaluación fue realizada en el encuentro de Retroalimentación que desarrolla la Coordinación de *Misiones Pertinencia e impacto social*, de la UCO, con todos los grupos que participan y los representantes de la Comunidad. Se anexan en el listado de apéndices, fotos representativas de las actividades.

## 8. DISEMINACION DE LOS RESULTADOS.

En la fecha de certificación, se socializo con la comunidad el resultado final de este proceso, en dicho evento la comunidad planteó la posibilidad de un nuevo ciclo, para así lograr que otros miembros de la comunidad asistieran y se certificaran, como réplica de un proceso que fue evaluado como exitoso, además enriquecido por sus comentarios y sugerencias. También fue claro para la comunidad participante de Alto Bonito y el semillero Misiones, grupo ejecutor del proyecto, que la principal dificultad manifestada fue articular los tiempos de los Miembros de la comunidad con las cuales se desarrolla los proyectos, y los horarios académico - prácticos de los estudiantes y docente. A este respecto Mori, plantea lo siguiente:

Al presentársele a la comunidad los resultados obtenidos, ésta analiza los mismos y plantea sus opiniones o sugerencias sobre el modelo que se aplicó, puede obtenerse además lecciones aprendidas, en las que se muestra a la comunidad los factores que se fortalecieron y la importancia de la consecución de acciones similares. (2008, p.88)

*Véase Apéndice A, Plan educativo.*

*Véase Apéndice B, registro de asistencia*

*Véase Apéndice C, Fotos representativas.*

## CAPITULO V

### HALLAZGOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES.

#### 1. HALLAZGOS.

En el transcurso de diseño, elaboración e implementación del Programa educativo, se identificó claramente, la prevención de la comunidad para la participación en diversos proyectos, por el temor a no ser tenidos en cuenta y ser sometidos a una observación no participativa, asistencia pasiva con método impuesto.

Cuando se incluye a la Comunidad en la selección de contenidos del plan, el proceso de programación y en general todas las actividades en las cuales estarán involucrado, se evidencia una intervención activa y comprometida, esto se puede valorar en el momento que personas que no pueden culminar su participación en forma adecuada, solicitan una segunda fase del proyecto, con el objetivo de culminar exitosamente el programa educativo planteado.

El conocimiento de las características de la comunidad participante, nos lleva a fortalecer la confianza que se requiere para que un proyecto se desarrolle con éxito, debido a que se logran estructurar de forma sencilla los contenidos, con el objetivo de llegar claramente a cada participante, independientemente de nivel de escolaridad.

## 2. DISCUSIÓN.

Durante décadas el sistema de salud en Colombia ha tenido un enfoque curativo, mas no preventivo, a pesar de las bondades de diversas reformas a este sistema. Una de las grandes debilidades es no haber incluido a las familias y la comunidad en la toma de decisiones en el cuidado de la salud, a este respecto la estrategia AIEPI, en su guía para Profesionales y Técnicos de Salud plantea:

Esta estrategia parte de la premisa de que las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a los niños, y en la mayoría de casos ellos no han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los niños. (AIEPI, 2010, P.13)

Es claro que el cuidado y el autocuidado comienzan desde el interior de la familia, lugar en el cual no se puede generalizar, pues cada familia posee sus propias características, que los hace únicos.

El concepto de salud dentro de la familia es la manifestación de un patrón específico de salud; para todas las familias ese estado de bienestar no siempre es el mismo ni tiene las mismas implicaciones puesto que cada una de ellas posee unas interacciones y conocimientos específicos que rigen sus relaciones con los procesos de salud y enfermedad y por ende de cuidado. (AIEPI, 2010, P.15)

Para lograr impactar en una comunidad en los temas relacionados con Promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de complicaciones, es imprescindible empoderar a la comunidad de todos sus procesos. La Organización de Estados Americanos citando al Banco Mundial, expresa que la inclusión social es:

(...) el “proceso de empoderamiento de personas y grupos para que participen en la sociedad y aprovechen sus oportunidades. Da voz a las personas en las decisiones que influyen en su vida a fin de que puedan gozar de igual acceso a los mercados, los servicios y los espacios políticos, sociales y físicos”. (OEA,2016, p.17).

### 3. CONCLUSIONES.

En general se puede concluir que las preferencias en educación para la salud, planteadas por una comunidad, parten de las necesidades vivenciadas por ellos de acuerdo a la situación de su entorno, y a los aspectos que más los marca en cuanto a las dificultades que padecen, para acceder a los servicios de salud.

La manera más acertada de empoderar a una comunidad, en cuanto al cuidado de su salud, es escuchar atentamente y con respeto, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades planteadas, de una manera acertada, sin imposiciones; siendo claros en el proceso y favoreciendo la inclusión social.

Se consigue la participación más activa de una comunidad en su contexto, si en el proceso de inclusión social, se da importancia real a su opinión, y se toma en cuenta en la

toma de decisiones y en general en el planteamiento de campañas y proyectos, enfocados a mejorar la calidad de vida.

Como respuesta a la necesidad de recibir una certificación por parte la entidad o grupo que se compromete en el planteamiento y ejecución de un proyecto, queda claro que las comunidades se han sentido vulneradas y utilizadas, pues se evidencia el temor en sus requerimientos y se les escucha una manifestación muy clara de poca confianza y credibilidad en las instituciones, que se dedican a realizar acciones por cumplir, sin tener la prioridad de generar un verdadero impacto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aignerren, M. (sf). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Tomado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/.../1264>
- Alcaldía de Medellín. (2017). Primeros auxilios. Obtenida de [:https://www.medellin.gov.co/movilidad/documents/PRIMEROSAUXILIOS2017.pdf](https://www.medellin.gov.co/movilidad/documents/PRIMEROSAUXILIOS2017.pdf)
- Arango, H. (2016).
- Aristizabal Hoyos. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. . *Enfermería universitaria*,, Pag.4 Obtenido de : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
- Campos, F. S. (2006).. El Aprendizaje Basado en Problemas. *Revista iberoamericana de educación*, Pag 3. Obtenido de: <webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6s9jgrODtcJ:https://rieoei.org/RIEaarticle/view/2522+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
- Estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud(2013) Obtenido de: [www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf](http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf)



Figuerola,(2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Rev. de Educación y Desarrollo*. Pág 45 Obtenida de :

[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/1/001\\_Red\\_Valadez.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf)

Garcia, A. (2018). Documento Misión Alto Bonito. Pertinencia e impacto social.

Fraser, (Diciembre/2010). *inclusión social, un propósito para colombia*. Obtenido de :

[www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/2010-12-documentos-investigacion-economia-007.pdf](http://www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/2010-12-documentos-investigacion-economia-007.pdf)

Garcia monsalve, (2018), Misión Universidad Católica de Oriente: “Pertinencia e impacto social”. Obtenido de:

[www.uco.edu.co/autoevaluacion/Documents/FACTOR%2520PERTINENCIA%2520E%2520IMPACTO%2520SOCIAL.docx+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co](http://www.uco.edu.co/autoevaluacion/Documents/FACTOR%2520PERTINENCIA%2520E%2520IMPACTO%2520SOCIAL.docx+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co)

Gobierno de Colombia. (2018). Plan estratégico sector inclusión social y reconciliación 2018.

En P. social. Bogotá. Obtenido:

<http://www.dps.gov.co/ent/gen/trs/Documents/Plan%20Estrate%CC%81gico%20del%20Sector%20Inclusio%CC%81n%20Social%20y%20Reconciliacio%CC%81n%202018.pdf>

Hernandez, J., Paredes, J., y Marin, R. (2013). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten Primaria*. 2014;**46(1)**:40---47. Tomado de:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671300200X>

Hurtado, J. (2012). Metodología de la investigación. Guia para la comprensión holística de la ciencia. Caracas, Venezuela: Quirón Ediciones.

Kreisler, (2014). La construcción de ambientes educativos. *Sinéctica*, 1-13. Tomado de:  
<https://sinectica.iteso.mx/index.php/SINECTICA/article/view/66>

León, A. (. (2007). Qué es la educación. *Educere. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 595-604. Obtenido de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>

Manual de Capacitación (2015) Salud y Enfermedad Pag.7 Obtenido de:  
[http://www.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0\\_2015-10-21\\_M%C3%B3dulo-1\\_E.pdf](http://www.phri.ca/hope4/wp-content/uploads/2016/02/Final-3.0_2015-10-21_M%C3%B3dulo-1_E.pdf)

Merlano-Porras, C. A. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Obtenido de:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272013000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100005)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Orientaciones para el desarrollo de la Educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Bogotá.. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (16 de Febrero de 2015). *Ministerio de salud y protección social*. Obtenido de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de Febrero de 2016). *Ministerio de salud y protección social*. Obtenido de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

Minsalud, OPS. (2010) Atención integrada a enfermedades prevalentes en la infancia. Guía para profesionales y técnicos de salud. Tomado de: [www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia\\_profesionales\\_salud.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia_profesionales_salud.pdf)

Mori, M del P., (2008). Una propuesta metodológica, para la intervencion comunitaria.

Liberabit. Revista de Psicología en línea. Tomado de:

<http://www.redalyc.org/html/686/68601409/>

Organización de Estados Americanos. (0216). Equidad e inclusión social: Superando desigualdades, hacia las sociedades más inclusivas. Tomado de:

[http://www.oas.org/docs/inclusion\\_social/Equidad-e-Inclusion-Social-Entrega-WEB.pdf](http://www.oas.org/docs/inclusion_social/Equidad-e-Inclusion-Social-Entrega-WEB.pdf)

OMS. (2019), ¿Cómo define la OMS la salud? Obtenida de: [www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions](http://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions).

OMS, (2016) ¿Qué es la promoción de la salud? Obtenida de:  
<https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

OMS. (2019). Determinantes sociales de la salud Obtenido de  
[https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)

Organización Panamericana de la Salud. (07 de 1997). Estado de arte en Resiliencia.  
Obtenido de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>

Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. Los diseños de investigación cualitativa. México. DF. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Rionegro y su entorno. (2017). Obtenido de  
[https://www.rionegro.gov.co/Ciudadanos/Notificaciones\\_Terceros/Capitulo%201%20Rione ro%20entorno%20ajuste%20PMGRD.pdf](https://www.rionegro.gov.co/Ciudadanos/Notificaciones_Terceros/Capitulo%201%20Rione%20ro%20entorno%20ajuste%20PMGRD.pdf)

Universidad Católica de Oriente (2017-2019) Plan estratégico de Desarrollo. pg

11,13.Obtenido de :

<http://www.uco.edu.co/documentoslibres/PLAN%20ESTRATEGICO.pdf>

Valbuena (2017) La inclusión: una historia de exclusión en el proceso de enseñanza

aprendizaje Pag . Obtenido de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/clin/n30/0121-053X-clin-30-00211.pdf>

Vargas, (2014). *Desigualdad económica y social en Colombia: las políticas*. (Tesis de maestría) Universidad Católica de Colombia. Bogotá, D.C, Colombia.

## APÉNDICES

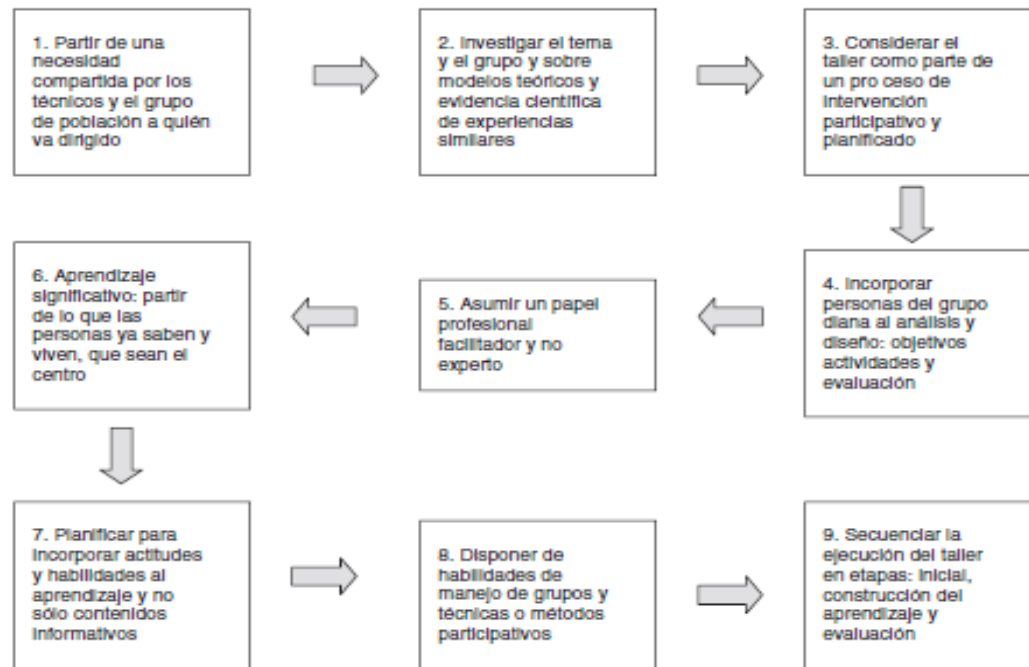
## APENDICE A.

## PLAN DE ACTIVIDAD EN EDUCACION PARA LA SALUD.

Los contenidos de una actividad educativa para la intervención en educación para salud, surge como respuesta a las necesidades planteadas por una comunidad y el objetivo fundamental del proceso es dar respuesta de una manera incluyente, teniendo en cuenta, que cuando se capacita en salud a una comunidad, se debe tener en cuenta que:

Capacitar» en el sentido de «alfabetizar en salud» se refiere a «las habilidades cognitivas personales y sociales que determinan la capacidad individual de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promocionar y mantener una buena salud. (Hernandez, Paredes y Marin, 2013. p.41)

Es importante tener en cuenta que las actividades que se desarrollan en un grupo comunitario, tienen una gran bondad, pues ayuda a motivar a los participantes y facilita el aprendizaje, a este respecto Hernandez, Paredes y Marin (2013), manifiestan que : “El trabajo en grupo y colaborativo es una estrategia de aprendizaje que favorece la motivación, la participación y facilita la construcción del aprendizaje significativo” (p.42)



**Figura 1** Pasos clave en el diseño y ejecución de un taller de promoción de la salud.

Tomado de: (Hernandez, Paredez y Marin 2013, p.43)

## PASOS CLAVES EN EL DISEÑO Y EJECUCION DE UN TALLER DE PROMOCION DE LA SALUD

1. Una vez se analizó el resultado del grupo focal y se logró identificar la temática de interés que se relacionaba directamente con las necesidades de la comunidad intervenida y del grupo que realizó la intervención, se reconoció plenamente la necesidad de esta comunidad en recibir capacitación sobre actividades de *Primer Respondiente* (*primeros auxilios*).
2. Con una búsqueda bibliográfica utilizando palabras claves tales como: Primeros auxilios, primer respondiente, señales de peligro, prevención de accidentes, se encontró la bibliografía más adecuada para el desarrollo temático:

Manual de primeros auxilios: Pontificia Universidad Católica de Chile, Dirección de asuntos estudiantiles, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja; Es mejor, Sociedad de prevención ASEPEYO: Curso de Formación en Primeros Auxilios, Cruz Roja Argentina: Primeros Auxilios, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España: Primeros auxilios en Quemaduras, Illinois Poison Center: Primeros Auxilios y Tratamiento de Emergencias por Intoxicaciones.

3. Una vez se realizó la lectura juiciosa de los documentos guías, se planeó la actividad educativa de la siguiente manera: Se estructuró el plan con 6 encuentros con una duración de 4 horas cada uno.

Primer encuentro: Tema, generalidades sobre primeros auxilios, primeros auxilios en las situaciones más frecuentes en el hogar, tipos de heridas, manejo de heridas según sus características (abierta, cerrada). Se llevó para el reconocimiento de algunos tipos de heridas, un simulador facilitado por la UCO. Actividad lúdica para retroalimentación: Cuadro con imágenes que contenían preguntas sobre la experiencia en el manejo de los accidentes en el hogar.

Segundo Encuentro: Tema, clasificación de las quemaduras, causas de las quemaduras, cuidados generales y manejo en los diferentes tipos de quemaduras. Actividad lúdica para retroalimentación: Juego de la Golosa dinámica, la respuesta acertada tenía premio.

Tercer encuentro: Tema, las fracturas y su manejo, tipos de fracturas y lesiones, inmovilizaciones. Actividad lúdica para retroalimentación: Se les presento algunos casos



clínicos para que el grupo participante por subgrupos realizaran las inmovilizaciones pertinentes.

Cuarto Encuentro: Tema, Intoxicaciones, causas de intoxicaciones, tipos de intoxicaciones, signos y síntomas, cuidados, que debemos hacer, que no debemos hacer y prevención. Actividad lúdica para retroalimentación: Se realizó un concétrese para evaluar los temas vistos hasta este encuentro.

Quinto encuentro: Tema, los accidentes y las señales de peligro Actividad lúdica para retroalimentación: Debido a la acogida de la actividad con el concétrese, la comunidad solicito que la evaluación final del curso se realizara con una técnica similar.

Sexto encuentro: Se efectuó la evaluación final del curso con el concétrese que abarco todos los temas vistos.

4. Cada uno de los integrantes del grupo interventor, participaron como facilitadores de las actividades de educación, retroalimentación y evaluación. En cada momento del proceso, se estimuló la intervención de la comunidad, para que compartiera las experiencias al interior de sus hogares, relacionadas con cada uno de los temas tratados.
5. En el momento de la asignación de los encuentros al grupo interventor, se permitió que cada uno escogiese voluntariamente el tema en el cual tenía mayor fortaleza, para que su desempeño fuera más efectivo, además en forma previa a cada encuentro se entregaba una presentación con los temas y la metodología a desarrollar.

6. Una vez finalizaron los encuentros, se procedió a momento de la certificación a 13 personas que culminaron el curso en forma satisfactoria, de acuerdo a los requerimientos de la universidad que en sus requisitos planteó que este curso certificado, se debía cumplir con un mínimo de asistencia a 16 horas teórico-prácticas.

## APENDICE B.

## REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN.

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONTROLES DE ASISTENCIA						NUMERO DE FIRMAS DE ASISTENCIA	CERTIFICADAS
		1	2	3	4	5	6		
Luz Melania Giraldo Hernández	1,041,148,548	X	X	X	X		X	5	SI
Nancy Bibiana Estrada García	39,456,428	X	X	X	X	X	X	6	SI
Maria Lorena Mazo García	1,035,928,093	X	X	X	X	X	X	6	SI
Marisol Sánchez Escalante	43,461,240	X	X	X	X		X	5	SI
Maria Imelda García Gallego	39,436,041	X	X	X	X			4	SI
Amparo del Carmen Gómez Marín	43,458,191	X	X	X		X		4	SI
Marta Elena Osorio Durán	43,765,242	X	X	X	X	X		5	SI
Mariela de Jesús Betancur Ruiz	43,120,023	X	X	X	X	X		5	SI
Yolanda Mabel Villegas Estrada	1,047,965,678	X	X	X	X	X	X	6	SI
Nelly del Carmen Botero	24,742,162	X	X	X	X	X		5	SI
Yudy Betancur Ruiz	1,001,663,910	X	X	X	X	X	X	6	SI
Maria Irene Díaz Loaiza	27,894,428	X	X	X	X	X		5	SI
Nora Elena García García	39,431,965	X	X		X	X		4	SI
Viviana Toro Ruiz	1,036,950,119			X	X	X		3	NO
Maria Elizabeth Ospina García	1,036,950,231				X		X	2	NO
Mayerly Lorena Ospina García	1,040,870,549				X	X	X	3	NO
Maria Helida Hernández	53,116,363					X		1	NO
Silvia Patricia Orrego	39,447,299					X		1	NO
Genis del Socorro Soto Duque	1,007,319,011			X	X		X	3	NO
Diana Yaneth García Arenas	39,448,895					X		1	NO
Luisa Fernanda Estrada	1,040,261,606						X	1	NO

APENDICE C

FOTOS REPRESENTATIVAS DE LOS ENCUENTROS.















