

**Ecología humana y el proceso de salud-enfermedad: percepción
de los escolares y padres de familia en Caucasia, Antioquia.**

Lizeth Vanessa Valero Barrios

Trabajo de grado para optar al título de Antropóloga

Asesor

Dr. Javier Rosique Gracia

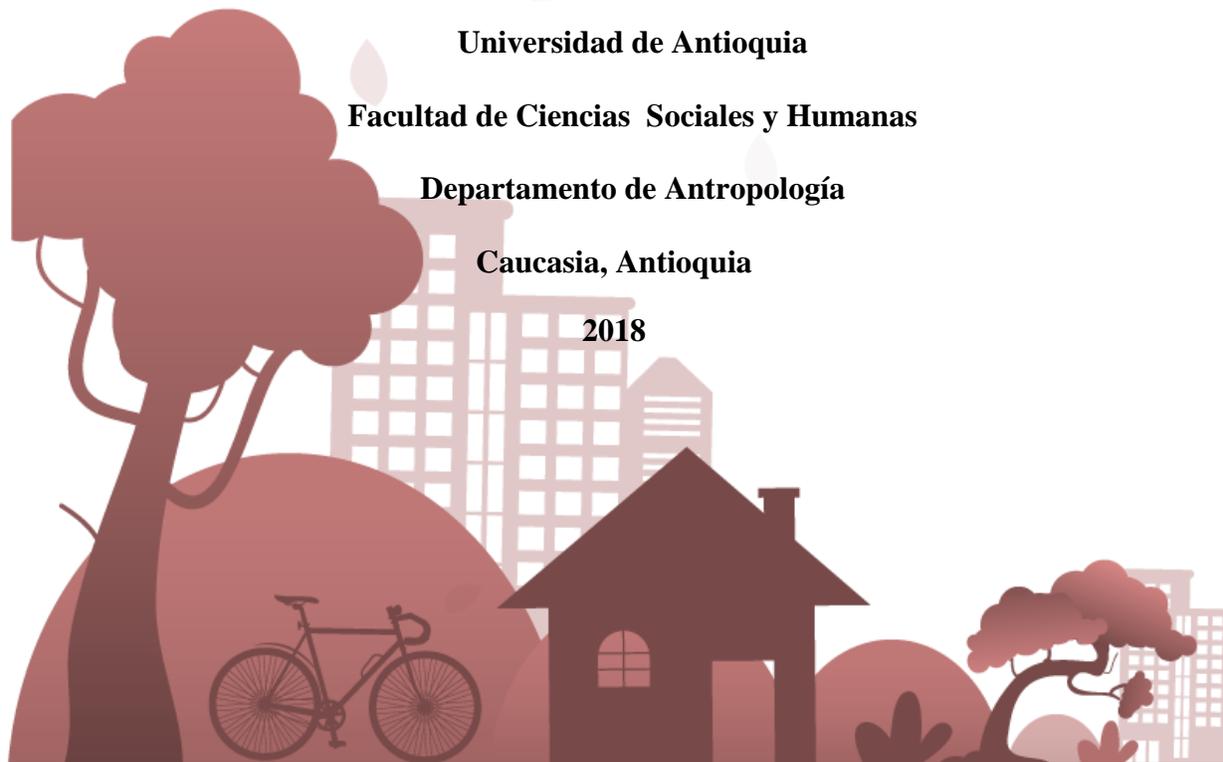
Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Antropología

Caucasia, Antioquia

2018



Correo electrónico: lvvalero@gmail.com

Agradecimientos

Darle gracias a Dios por permitirme vivir este proceso de aprendizaje.

A mi familia por su apoyo y paciencia en estos momentos.

Al profesor Javier Rosique, mi asesor, por respaldar este trabajo desde sus inicios y orientarme en el proceso de diseño, trabajo de campo y escritura.

A las instituciones educativas por facilitarme los espacios con los jóvenes y a las familias que me permitieron socializar con ellas.

A todos mis compañeros y compañeros de carrera que estuvieron pendiente.

Muchas gracias a todos.



TABLA DE CONTENIDO



- I. Contextuando**
- II. Antecedentes**
- III. Marco conceptual**
- IV. Justificación de la Investigación**
 - 4.1. Objetivo General
 - 4.2. Objetivos Específicos
 - 4.3. Metodología
 - 4.3.1. *Enfoque/Tipo de Investigación*
 - 4.3.2. *Población y Muestra*
 - 4.3.3. *Variables*
 - 4.3.4. *Análisis de la información*
- V. Resultados**
 - 5.1. Sociodemografía de los jóvenes
 - 5.1.1. Distribución de la muestra en las zonas urbanas según los barrios de Cauca
 - 5.1.2. Distribución por puntos de corte del Sisben para la muestra de jóvenes
 - 5.2. Tamaño y composición de los hogares
 - 5.3. Sociodemografía de los hogares
 - 5.4. Características de la vivienda según infraestructura y tenencia de la propiedad
 - 5.4.1. Distribución espacial de las características de la vivienda según zonas
 - 5.5. Tipo de hogar según servicios públicos
 - 5.5.1. Distribución espacial según los servicios públicos según zonas
 - 5.6. Distribución de la muestra por hogares según tipo y origen de los servicios básicos
 - 5.6.1. Distribución espacial por deposición de aguas residuales y basuras según zonas
 - 5.7. Sistema de atención en salud y seguridad social
 - 5.7.1. Distribución espacial por zona de EPS y lugar de atención de EPS según zonas
 - 5.7.2. Condiciones del sistema de salud expresados por jóvenes
 - 5.7.2.1. Satisfacción por los servicios de salud
 - 5.7.2.2. Cubrimiento de necesidades de los servicios de salud
 - 5.8. Salud percibida, enfermedad y cuidado
 - 5.8.1. La definición de salud/enfermedad por parte de los jóvenes
 - 5.8.2. La salud percibida por jóvenes
 - 5.8.2.1. Distribución espacial de la salud percibida de los jóvenes según zonas
 - 5.8.2.2. Distribución de las enfermedades entre los jóvenes

- 5.8.2.3. Distribución espacial de la prevalencia de las enfermedades en los jóvenes según barrios
- 5.8.3. Prevalencia de la enfermedad en la familia
- 5.8.4. Enfermedades de los padres de familia encuestadas
- 5.8.5. Sistema de cuidado en salud
- 5.8.6. Salud sexual y reproductiva
- 5.8.7. Riesgo para la salud en las viviendas y en el entorno
 - 5.8.7.1. Higiene y almacenamiento del agua
 - 5.8.7.2. Medio ambiente en el barrio
- 5.9. Patrón alimentario y Estado nutricional
 - 5.9.1. Grupos de alimentos
 - 5.9.1.1. Comportamiento alimentario
 - 5.9.1.2. Patrón de consumo de alimentos
 - 5.9.1.3. Hábitos alimentarios en el hogar
 - 5.9.2. Estado nutricional
 - 5.9.2.1. Percepción del estado nutricional
 - 5.9.2.2. Distribución espacial del estado nutricional según zonas
 - 5.9.2.3. Percepción de la condiciones físicas

VI. Discusión

VII. Conclusiones

VIII. Bibliografía

IX. Anexos

RESUMEN

La antropología desde la configuración geográfica y espacial del territorio, es una reproducción de la participación de las personas y del contexto. En las regiones prima la comunicación y las interrelaciones entre comunidades funcionando como corredor biológico entre diferentes grupos vivos abarcando temas económicos, políticos, sociales, ambientales, religiosos e incluso en el proceso de salud-enfermedad, al ser territorios cercanos. Que permite conocer a una población en relación a su situación biológica y a las relaciones sociales que incluyen en los cuidados efectivos de la salud, en que desde la percepción de los jóvenes y la familia se conoce ese proceso de salud-enfermedad en relación a las condiciones ambientales de los barrios, las viviendas, la alimentación y el estado nutricional en Caucasia. Cuyo estudio es de tipo transversal descriptivo y explicativo con datos cuantitativos sociodemográficos, estado de la vivienda, estado de salud, alimentación y estado nutricional; y datos cualitativos de enfoque etnográfico sobre la alimentación, las características socioeconómicas y percepción de salud e higiene (barrios y viviendas). Se encontró que los estudios de ecología humana permiten construir recomendaciones sobre educación ambiental y salud, por tanto la salud y la enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación frente al medio, los modos y estilos de vida en relación a factores de riesgo en cuanto a la vivienda y el saneamiento ambiental.

PALABRAS CLAVES

Ecología humana, salud/enfermedad, condiciones ambientales, hábitos alimentarios, estado nutricional, territorio, sociodemografía.



I. Contextuando

“La salud humana es un reflejo de la salud de la Tierra.” Heráclito de Éfeso.

La antropología desde la configuración geográfica y espacial del territorio, es una reproducción de la participación de las personas y del contexto. El municipio de Caucasia, ubicado en el departamento de Antioquia, es un puente de comunicación y de interrelaciones entre comunidades e incluso puede considerarse como corredor biológico para la comunicación entre distintos grupos de seres vivos, influyendo en todos los procesos que abarca el territorio (económico, político, religioso e incluso en el proceso de salud-enfermedad). Estudiar la salud y la enfermedad es de gran importancia para conocer cómo está funcionando una población en relación a su situación biológica y a las relaciones sociales que influyen en los cuidados efectivos de la salud. Que al igual que la enfermedad, juega hoy en día un papel dinámico y de múltiples dimensiones, entre las cuales lo social es de gran relevancia.

El estudio del estado de salud de las poblaciones y sus determinantes, está indiscutiblemente relacionado con el bienestar y las condiciones de vida y nos lleva a considerar elementos que la sociedad brinda a los individuos que la componen para luchar contra la enfermedad. La cual no se vive de manera aislada, ya que las personas para la prevención y también en los procesos de cuidados se apoyan, comparten conocimientos y actúan entre si y sobre los componentes del ambiente. El uso de los recursos del medio para la producción de alimentos y también de recursos para el cuidado y curación requiere organizar las interacciones existentes en la naturaleza, siendo necesaria la distribución de recursos materiales.

La habilidad de una comunidad para distribuir sus recursos, determina en gran medida la habilidad de adaptarse al lugar, que cambia constantemente. La estabilidad de la comunidad puede quedar amenazada por esos recursos cambiantes debido a la fluctuación condicionada por

el ambiente, afrontando su estabilidad de un modo más social mediante estrategias de adaptación a la salud ambiental.

El estudio de la ecología de la salud y la enfermedad, permite la comprensión de los procesos interactivos hombre/ambiente a través de los patrones culturales y de conducta que configuran la energía poblacional. Permite conocer la forma en que viven las personas, el estado del medio ambiente y la disponibilidad de los servicios de salud, que vinculan el proceso de salud-enfermedad, el patrón alimentario y el estado nutricional facilitando directa o indirectamente conceptualizar el bienestar humano en la comunidad. Siendo muy probable que en el municipio que ha afrontado continuos cambios en determinado momento, con fluctuaciones en la mortalidad, en la capacidad de enfermar, en la fecundidad, en la calidad de los alimentos por modificaciones del clima y en la conducta social de los individuos. Que al mismo tiempo, afrontan muchos retos de seguridad, dificultades topográficas del terreno, muy baja presencia de prestadores de servicios de salud y orientación, por lo que es importante mirar hacia las regiones para contribuir a mejorar la información de las zonas y las propuestas para prestar los servicios necesarios de salud de una comunidad.

Este trabajo está estructurado de la siguiente forma: en un primer momento se encuentran los “*Antecedentes*” que han abarcado la ecología y el proceso salud-enfermedad en diferentes contextos académicos y geográficos que permiten una mirada general de la ecología humana. En el “*Marco Conceptual*” se encuentran los ejes/conceptos teóricos que permiten una comprensión de la ecología humana, salud ambiental y adaptaciones comportamentales, proceso de salud/enfermedad y determinantes sociales de salud, factores de riesgo (socioeconómico, ambiente físico y nivel biológico), demografía, epidemiología nutricional, patrón alimentario y estado nutricional.

En la “*Justificación de la Investigación*” se desarrolla el objetivo tanto general como específico. Mostrando cual es la población y la muestra seleccionada, desplegando las estrategias metodológicas mixtas (cuanti-cualitativas) empleadas en el transcurso del trabajo de campo entre febrero y junio del 2018, donde fue necesario varios replanteamientos de conceptos y herramientas para un abordaje adecuado para ciertas situaciones que se presentaron en el transcurso del campo. Luego vienen los “*Resultados*” donde se expone lo encontrado en la muestra, describiendo las características sociodemográficas, el tamaño del hogar, las características de la vivienda por infraestructura, tenencia y servicios públicos, por sistema de atención en salud y seguridad social, los condiciones del sistema de la salud, la salud percibida, enfermedad y cuidado, el patrón alimentario y el estado nutricional.

Y luego la “*Discusión*” en la que contiene un comparativo entre los resultados encontrados en la investigación y las posturas de diferentes autores; en las “*Conclusiones*” se exponen los resultados de la observación y el análisis realizado en torno a la ecología y la salud/enfermedad. Y la “*Bibliografía*” presenta los textos referenciados en la investigación, de los cuales se tomaron los conceptos y las metodologías utilizadas.



II. Antecedentes

“La salud no lo es todo pero sin ella, todo lo demás es nada.” A. Schopenhauer

La sociedad ha comenzado a conectar la relación entre el cambio social y los cambios medioambientales en el proceso de salud-enfermedad, se observa una mayor presencia de documentación al respecto, de organismos involucrados en la materia y en general una mayor consciencia por lo que puede pasar en el entorno. Para esta investigación se recopiló mucha información, sin olvidar que es difícil recogerla de modo exhaustivo ya que ésta es muy extensa en artículos, libros y ensayos sobre la ecología humana y el proceso de salud/enfermedad.

En vista que la sociedad es considerada como un “agente patogénico”, al adaptarse a roles en los que sirve como transmisor de la “infección” ocurrida por la interrelación o interacción entre individuos, hay que notar una transformación significativa de las condiciones de salud y sobre todo de prevención, fundamentalmente debido a cambios demográficos, sociales, económicos y nutricionales. El médico Emilio Robledo (1916, pp. 83), en su trabajo *“Geografía médica y nosológica del Caldas”*, define la geografía médica como “la parte que trata del hombre enfermo en sus relaciones con la tierra, desde la influencia que ejerce sobre el hombre los agentes geográficos, meteorológicos (clima)”, e igual las características de las condiciones higiénicas que determinan la relación entre salud y enfermedad en una región. Por consiguiente, la importancia de las investigaciones bioantropológicas suelen incluir la biología de las personas y su comportamiento social, “intentando comprender mediante modelos bioculturales, el uso y la interacción con el medioambiente, el aprovechamiento de los recursos, la adaptación a los cambios ambientales, la estratificación social, las migraciones, los cuidados de la salud, la alimentación, la reproducción y el ciclo vital humano” (Tabares, Rosique y Delgado, 2012, pp. 262). Incluyendo una descripción de la variabilidad de los parámetros o indicadores de

crecimiento en individuos, este conocimiento sobre “el cuerpo posee también una perspectiva ecológica cuando intenta establecer las relaciones entre el hombre sano o enfermo y el medio ambiente que habita, incluyendo el bioanálisis de datos demográficos, los aspectos socioculturales de la comida y sus interrelaciones con la salud y la tensión ambiental resultante de las condiciones higiénico-sanitarias” (Tabares, Rosique y Delgado, 2012, pp. 263-264).

Emilio F. Morán (1997, pp. 44) indica que “el papel de la antropología consiste en describir las similitudes y las diferencias culturales en el espacio y en el tiempo, explicando esas variaciones en términos de regularidades de forma, función y procesos”. Afirma que esas regularidades no se estudian en su totalidad a través del uso de índices generales o específicos, sino a partir del modo como son reconocidas por la población y que ese entendimiento pueda ser transmitido. Además hay que prestar atención a la "región" como unidad de análisis, ofreciendo un campo más inclusivo para el estudio de los cambios en el comportamiento humano a través del tiempo: cambios culturales, cambios en el uso de la tierra, flujos en la práctica del matrimonio, uso de varios hábitats y fluctuaciones de las fronteras entre comunidades en el tiempo y en el espacio (Morán, 1997).

La Antropología de los años setenta desarrolló la llamada "ecología de la enfermedad", por Alexander Alland (1970), que relaciona los factores culturales con las características de las enfermedades presentes en el medio, que ve el comportamiento humano en términos de decisiones entre alternativas que raramente son óptimas. Alland, explica que esto se debe al hecho de la optimización del comportamiento ha conducido a riesgos inaceptables, además que la salud es vista como una medida de la adaptación al medio ambiente, y los niveles de salud del grupo social reflejan la naturaleza y calidad de las relaciones dentro del grupo, con los grupos vecinos y también con plantas y animales del hábitat (Alland, 1970, pp. 2-3). También es

importante su enfoque de las características temporales de la adaptación, ya que ésta puede presentarse como inadaptativa a corto plazo y ser eficaz a largo plazo, y viceversa.

En la actualidad se reconoce que las investigaciones del crecimiento, la composición del cuerpo, la susceptibilidad a las enfermedades, la adaptación física y rendimiento e incluso los patrones de conducta y actividad, exigen valorar elementos de carácter nutricional, epidemiológico, alimentario y social para que sean plenamente interpretadas (Restrepo, 2000). Partiendo de una revisión sistemática sobre el impacto de las intervenciones que mejoran la productividad y los ingresos familiares y de los factores que afectan la desnutrición, Aníbal Velásquez Valdivia, (2005, pp. 7), sustenta que existe una representación de las relaciones causales con base en evidencias de indicadores de pobreza y nutrición, producción agrícola y nutrición, PBI y nutrición y los ingresos familiares. Una población de escasa participación en el mercado laboral, con pocos accesos a la cabecera urbana, con bajas condiciones de vivienda y calidad de vida y mayores niveles de dependencia económica se identifica por el déficit alimentario y sus precarias condiciones de ingresos. Además del escaso acceso a los servicios de salud de esta población, resulta evidente evaluar la demanda de servicios de salud, tanto para consulta como para hospitalización, la alta predisposición de sufrir algún tipo de enfermedad y lo que esté afectando su salud.

No hay un análisis de forma que aísle las dimensiones de la vida social, ya que es mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican” (Langdon & Wiik, 2010, pp. 184). Relacionada con las condiciones de vida estructurales y la situación de salud o enfermedad de poblaciones específicas. En el cual, el concepto de enfermedad está ligado a varios factores que

determinan la percepción del estado de salud, la cual ha sufrido varias transformaciones viéndose en la necesidad de interpretar la enfermedad de acuerdo con el paradigma dominante y las condiciones de vida que se presentan durante la historia de la sociedad y su medioambiente, ya que la forma de definir este fenómeno queda sometida a múltiples factores del entorno que intervienen en la percepción del individuo y determinan la manera en cómo se vive, afectando el estado de salud. De este modo, la connotación de *proceso de enfermedad se convierte en un elemento subjetivo*, basado en las propias experiencias y vivencias de cada ser humano, puesto que tanto las creencias como las prácticas del cuidado de la salud se originan y se desarrollan dentro de un contexto social, influyendo mutuamente del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de la persona a su entorno (Posada *et al*, 2015, pp. 268). Este aumento en la actividad humana, es un resultado del incremento de la población y su distribución hacia regiones antes desocupadas con cambios importantes en el uso de las tierras, aumentando el contacto entre personas, acrecentando el riesgo de transmisión de enfermedades ya conocidas y facilitando el surgimiento de nuevas (Medina, 2010, pp. 21). Por lo tanto, “la salud humana desemboca hoy en día en una definición que la valora como un proceso dinámico y de múltiples dimensiones sociales. Hoy en día, América Latina tiene que lidiar con problemas de salud precedentes, como las enfermedades infectocontagiosas y cuidar de la salud materno-infantil al tiempo que debe enfrentarse con los nuevos problemas en los perfiles de morbilidad que emergen del nuevo escenario que se va transformando paulatinamente en ocasiones y vertiginosamente en otras, dando paso a una nueva configuración de la salud” (Muñoz, 2011, pp. 172-173).

Desde la clasificación de los paradigmas en antropología médica, Byron Good (1994) identificó que hay diferentes modos en que los humanos son susceptibles o resistentes a la

enfermedad y a otras influencias ambientales, así como las relaciones con la cultura y el medio ambiente, y que ese medio incluye los productos de su actividad junto a los fenómenos naturales, que la salud influye por todos los aspectos de la ecología humana en que las innovaciones culturales y tecnológicas producen cambios. Igualmente la enfermedad pertenece a la cultura, como sistema explicativo del comportamiento en el entorno, tanto por los que la padecen como por los sanadores, puesto que a través de un conjunto de actividades interpretativas incluyen la interacción con la biología, las prácticas sociales y contextos significativos constituidos por la población o comunidad. Good (1994) explica además que los problemas de salud están dentro de contextos de fuerzas políticas y económicas que la circundan, conectada entre el macronivel del mundo capitalista y el micronivel de las creencias de los pacientes acerca de la enfermedad y sus experiencias. De este modo, resulta necesario conocer las necesidades e ideales de salud y enfermedad de la población que responden a estas necesidades y que sean a su vez eficaces en función de los costos, para que el ideal de salud tenga en un carácter predominante preventivo y de rehabilitación, tan necesario en la atención de la niñez, ancianos y discapacitados. En cuyo caso “resulta preocupante que los factores que pueden ser evitables aún en la actualidad generan problemas de salud con amplias diferencias entre las poblaciones rurales y urbanas. Es innegable que en el país los indicadores cambiaron y algunos han disminuido, sin embargo, los rezagos del sector rural comparado con el urbano, en condiciones como infraestructura básica son evidentes” (Rodríguez y Benavides, 2016, pp. 369). Por tanto, el crecimiento humano es un proceso sensible de la interacción humana con el ambiente biogeográfico, sociopolítico y cultural (Rosique et al., 2003). Los factores ambientales pueden ser considerados como cadenas de asociación, que conllevan a estados múltiples en cuanto a la nutrición, la salud/enfermedad y el crecimiento. La relación entre el hombre y el medio nunca es unilateral. El individuo modifica y es modificado

por el ambiente, y existe una verdadera y permanente interacción en el tiempo y en el espacio (Rosique *et al*, 2003) entre la condición biológica, psicológica, social y cultural de cada individuo, y los componentes físicos, biológicos y sociales del ambiente.

Los estudios sobre los estilos de vida ofrecen información en la que se hace cada vez más evidente que, buena parte de los problemas de salud que se inician durante la juventud, están conductualmente mediados y que cada vez es mayor el número de adolescentes que incurre en conductas de riesgo, suponiendo un gran problema para la salud, tanto a corto como a largo plazo (Pons *et al*, 2010; pp. 238). Se muestra además una problemática como la desigualdad exponiendo unos indicadores que se refieren a tipos de afiliación al de Sistema de Seguridad Social, con atención en las distintas regiones del país y servicios diferenciados dependiendo del ingreso de los pobladores.

“Es evidente en Colombia el fenómeno de polarización epidemiológica, que se caracteriza por la presencia simultánea de carga de enfermedad y mortalidad por enfermedades transmisibles, nutricionales, crónicas no transmisibles y violencia. Este elemento debe ser tenido en cuenta por la política pública de salud, que debe hacer un enorme esfuerzo por priorizar y focalizar recursos y acciones para lograr un impacto sustantivo en el conjunto de la población colombiana. El problema de la calidad de los servicios es serio y tiene consecuencias indeseables. Se manifiesta en la contradicción que existe, por ejemplo, entre los avances en la cobertura de servicios materno-infantiles y la poca variación positiva en los indicadores de salud materna y de complicaciones en el parto y posparto, lo que señalaría la ineficacia del sistema o la baja calidad en los servicios. A este factor hay que sumar la inequidad; aunque la morbilidad infantil se ha reducido, no

se han registrado ganancias importantes en equidad. Los niños más pobres se enferman y mueren más que los de familias de ingresos medios y altos” (Caballero, 2012; pp. 4).

Es importante este enfoque, por el peso significativo en la salud pública, posibilitando una visión global y detallada, de la estructura social de un grupo humano como la resultante de la totalidad de sus relaciones con el ambiente. Con el aumento de la población, por migración, o cambios de trabajo, existen flujos espaciales expresión importante que demarca la economía global, a escalas locales, regionales, territoriales y continentales. La migración de hoy no sólo le da vida y energía a la economía dinámica y global, sino que también a los cambios demográficos y epidemiológicos, en sociedades y culturas entorno a la salud ambiental¹.

Que a través de la demografía se puede observar y analizar con la adaptación de una persona en el territorio, por medio de las dinámicas de un grupo social con el ambiente estableciendo cierta racionalidad como un ser cultural, político, social, económico, etc. Que cuenta con ciertas características determinadas y transformadas por el mismo hombre. Es importante para la antropología este enfoque, debido a la pertinencia del surgimiento de los estudios de Ecología Humana con un énfasis que va desde lo social a lo biológico. Los datos socioeconómicos y de seguridad alimentaria y las estadísticas sanitarias de la población (mortalidad, prevalencia de enfermedades, etc.), complementan las fuentes de información necesarias para plantear un marco teórico concreto sobre la causalidad de la situación ambiental (Rosique, 2002, pp. 3).

¹ http://cgge.aag.org/Migration1e/ConceptualFramework_Jan10ESP/ConceptualFramework_Jan10ESP_print.html



III.Marco conceptual

“Cuando la calidad de vida cae para el medio ambiente, cae para el ser humano”

George Holland.

La ecología estudia todos los factores que integran un organismo vivo en un determinado ambiente natural o hecho por el propio hombre sobre una óptica de supervivencia. Por tanto, la ecología humana, se enfoca en analizar la relación del hombre con el medio ambiente en el que se desenvuelve, abordando los problemas de adaptabilidad que conllevan a una búsqueda de soluciones en el ecosistema. La OMS (1993) proporciona una definición holística de ecología humana, basada en lo que se llama el macrosistema de las tres “lógicas” que regulan el mundo: bio-lógica, eco-lógica y lógica- humana. Por esta razón, las claves de la ecología humana, están en la comprensión de los fenómenos de interacción entre biología y cultura y ésta interacción se desarrolla básicamente a través de las pautas de comportamiento social que singularizan cada tradición cultural a través de su sistema de valores, de su desarrollo científico técnico, y de su sistema político y económico (Bernis, 2005; pp. 643).

Asimismo, la ecología estudia la relación entre los seres vivos y su ambiente o de la distribución y abundancia de los seres vivos, y cómo esas propiedades son afectadas por la interacción entre los organismos y su ambiente, incluyendo las propiedades físicas que pueden ser descritas como la suma de factores abióticos locales, como el clima y la geología, y los demás organismos que comparten ese hábitat (factores bióticos). El término *Ökologie* fue introducido en 1866 por el prusiano Ernst Haeckel; compuesto por las palabras griegas *oikos* (casa, vivienda, hogar) y *logos* (estudio), por ello *Ecología* significa "el estudio de los hogares". Puede derivarse de ahí una ecología humana que estudia las relaciones entre los seres humanos y su ambiente y los intercambios energéticos con otros seres vivos (plantas, animales y diferentes

grupos humanos). También, existe un capítulo de esta disciplina, llamada la ecología cultural, que estudia la adaptación de los grupos humanos a los recursos naturales y a la existencia de otros conjuntos humanos; y la ecología social, que considera la estructura social de un grupo humano como la resultante de la totalidad de relaciones con el ambiente (Palladino 2010; pp. 1).

Por otro lado se incluye la llamada “salud ambiental”, que se entiende como "higiene del medio", "saneamiento ambiental", "salud y ambiente", "ambiente y salud" y otras. Por tanto, "salud y ambiente" significa la influencia del ambiente sobre la salud, pero con énfasis en la salud, mientras que "ambiente y salud" indica un énfasis en el ambiente (Ordoñez, 1999; pp. 138-139). Sin embargo, el documento “Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, 1995-1998” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denomina a "salud y ambiente" a "protección y desarrollo ambiental" con prioridades básicas a partir de una revisión de la práctica europea sobre salud ambiental cuyo término es relativamente reciente, que se ha usado para definir tanto una condición que afecta a la salud humana como una disciplina profesional. Más que un término creado, es un término que ha evolucionado. Inevitablemente, con una historia así, ha adquirido diferentes significados para diferentes personas y diferentes países. Y que ha sido definido por la OMS como lo que abarca aquellos aspectos de la salud y enfermedad humana que son determinados por factores ambientales. También se refiere a la teoría y práctica de la evaluación y control de los factores ambientales que pueden afectar la salud. E informa que en 1993, en una reunión consultiva de la OMS celebrada en Sofía, Bulgaria, se propuso la siguiente definición modificada: “La salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de la

evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones.”

Por defecto se aplica el concepto de “adaptación”, como proceso por el que los organismos hacen frente a las tensiones medioambientales, implicando una interrelación entre biología y cultura. Cualquier forma de adaptación (cultural o tecnológica, genética, fisiológica a largo plazo, y fisiológica inmediata) está dirigida a una única meta: la satisfacción de fines individuales y la preservación de los recursos. Las sociedades “tienen que intentar equilibrar la preservación de los recursos frente al éxito económico si su deseo es el de un asentamiento permanente o indefinido”. Al pasar el tiempo los humanos han concebido diversas formas de hacer frente a la gama de entornos y de sistemas sociales (local, regional, nacional y global) que han ocupado en el tiempo y el espacio (Kottak, 2011, pp. 5) adaptándose al medio que les rodea.

Todo relacionado con la salud ambiental se define como algo no exclusivo del aspecto de saneamiento o el sanitario, o sólo de la provisión de agua y disposición de aguas residuales, ni la contaminación ambiental; abarca aspectos del comportamiento y conducta humana y natural que aparentemente están poco relacionados pero que influyen en la salud, tales como componentes sociales, como la violencia, la pobreza, el hacinamiento y tugurización, la desnutrición, las buenas o malas prácticas de manejo de los recursos naturales e incluso hasta aspectos como el correcto etiquetado de productos comerciales sean alimenticios o de confort doméstico, pasando por aspectos de ergonomía y seguridad en las labores ocupacionales.²

Y qué a asimismo, definiendo Bernal (1993, pp. 50) a la familia como adaptador al entorno, “y elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano, constituyendo la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y

² Cáceres O, Gastañaga C, Guillen J, Rengifo H. Diagnóstico de la salud ambiental en el Perú. Lima: Comité Nacional de Salud Ambiental, Consejo Nacional de Salud; 2003.

en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumpliendo unas “funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad, y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético/morales y espirituales” (Bernal, 2003, pp. 50).

De igual importancia está el concepto salud/enfermedad que ha evolucionado en igual medida que el hombre ha evolucionado durante el transcurso de la historia y va a depender de las condiciones socioeconómicas de cada sociedad y el medio donde se producen las relaciones humanas. Los cambios en el medio ambiente ocasionados por la influencia del hombre determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y va a repercutir de forma desfavorable en el proceso salud/enfermedad. Por otra parte, la situación de salud no es atributo de los grupos sociales, ni de las unidades espaciales en sí mismas, sino resultado de las relaciones de los grupos sociales en su territorio, que ofrecen un contexto dinámico particular. La “desterritorialización” que indica directamente una pérdida de identidad con el lugar, y crea una nueva situación de salud, por ejemplo con cambios conductuales y comportamentales, incluidos importantes componentes de lo cotidiano, como los hábitos alimentarios. Ella es reflejo de la intensificación de flujos migratorios y la desestructuración de las redes sociales, factores conocidos en la aparición o intensificación de nuevos problemas en la salud colectiva. Para establecer como rutina el conocimiento de la distribución geográfica de problemas de salud, según las más amplias desigualdades ambientales y de condiciones de vida de la población, o sea de grupos en espacios poblacionales (Íñiguez y Barcellos, 2003, p. 340).

La salud definida para la OMS, es aquella en que hay «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio del mismo año por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948, la cual no ha sido modificada desde ese mismo año.³

Salud, además es entendida como el correcto flujo espiritual, energético y material del sistema vital, que se manifiesta o se reproduce de distinta manera, con propias reglas, diferentes ritmos y diferentes ofertas ambientales, todo esto resulta de la adaptación al ecosistema (Zuluaga, 2006, pp. 24-25). Además de ser la ausencia de enfermedad, una normalidad por fuera de la voluntad del individuo, vista desde la resiliencia como recuperación ante eventos de alto riesgo, con ausencia de daños, que consiste en el hecho mismo de tener salud, de estar saludable, que el estar sano es diferente en cada persona (Juárez, 2001, pp. 71). Por tanto, el concepto de salud, tiene una multiplicidad desde marcos explicativos médicos, de salud pública, psiquiátrica y psicológica.

Desde los romanos se habla de salud como condición física, y mental: *Mens sana in corpore sano*. Visto desde lo morfológico y lo funcional, del rendimiento vital y la conducta. En función de 4 perspectivas: 1. En la morfología: no hay una alteración macro o microscópica ostensible de la estructura ni realidad material ajena al cuerpo. 2. En la función: sus funciones vitales expresadas en cifras y trazados gráficos se valoran en el rango de la normalidad (pruebas funcionales renales, respiratorias, circulatorias, metabólicas, etc.). 3. Del rendimiento vital: se refiere a la eficiencia sin fatiga excesiva y sin daño aparente, lo que demanda su función social.

³ www.who.es.

Y 4. Para la conducta: es referido a su comportamiento adecuado socialmente; es decir, se tiene en cuenta un elemento subjetivo, pero también el objetivo, si ambos coinciden, hay salud (Hernández *et al*, 2012, pp. 730). Además, lo que habitualmente llamamos salud es simplemente algo relativo, un ligero desplazamiento hacia la enfermedad que hace que no se esté totalmente sano o totalmente enfermo (Hernández *et al*, 2012, pp. 730).

Entonces en cuanto el término enfermedad proviene del latín *infirmitas*, que significa literalmente “falta de firmeza”. Según la OMS, la definición de enfermedad es la de “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Con el desarrollo e influencia de la forma de pensamiento religioso, las causas de la enfermedad eran atribuidas al mal comportamiento; en este sentido, la ira divina era la que, a manera de castigo, infundía la enfermedad en aquellas personas que se apartaban del comportamiento socialmente aceptable y que normalizaba Dios. Que luego la concepción del proceso salud/enfermedad, se expresó cómo un proceso mecánico y la enfermedad como un trastorno del mismo. Posteriormente se pudo expresar que el hombre no era una máquina, sino un ser viviente, por tanto la enfermedad era consecuencia de la alteración morbosa o anormal de fuerzas vitales (Hernández *et al*, 2012, pp. 731). Sin embargo, las enfermedades son una posibilidad y pueden ser estudiadas como probabilidad de enfermar, por eso se presentan con el concurso de un conjunto de factores de riesgo como son el cambio climático, cambios en la biodiversidad (disminución de los depredadores, invasión por especies exóticas), variaciones en el comportamiento de las personas (invasión humana de ecosistemas, aumento de los desechos domiciliarios, viviendas deficientes) y por cambios demográficos.

Por tanto, la salud (al igual que la enfermedad) “es una categoría, una interpretación, luego una construcción social y, como tal, variable en el tiempo y en el espacio, que necesita ser contextualizada, conociendo la teoría y las prácticas sociales del agrupamiento humano que la produce” (Silva, 1995, pp. 371). En donde su interpretación se liga con la percepción individual y del simbolismo social, conociendo las estrategias sociales en los procesos de mantención y recuperación de la salud.

“La enfermedad vendría siendo esa amenaza de la estabilidad, del orden social, de la continuidad de la vida de los seres humanos que constituyen el grupo y, por ende, la reproducción de ese mismo grupo. El riesgo de vida o la efectiva disminución de la capacidad funcional de los miembros del grupo, constituye, para éste último, una amenaza y un desafío, en la medida en que se verifica una alteración a la organización social que exige una interpretación de la nueva situación y una definición de las acciones que permitan reponer el equilibrio original” (Silva, 1995, pp. 371).

Se puede hablar de enfermedades infecciosas y crónicas que causan el desequilibrio, las infecciosas según la OMS, son aquellas causadas por microorganismos patógenos como bacterias, parásitos, hongos o virus, que pueden transmitirse directa o indirectamente de una persona a otra. Y que las enfermedades crónicas, son enfermedades de larga duración y de progresión lenta, son las principales causantes de la mortalidad en el mundo con el 63% de muertes, que pueden ser desde enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, respiratorias y diabetes. Por tanto, estas enfermedades requieren no solo de un tratamiento médico, sino el acompañamiento de familiares en un control adecuado.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más

importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol o narcóticos, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2018). Es decir, es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, en la práctica, no suelen darse de forma aislada, porque a menudo coexisten e interactúan entre sí⁴. Algunos pueden ser de tipo demográfico, como los que están relacionados con la población en general como la edad, el género y los subgrupos de población, como el trabajo que se desempeña, la religión o el sueldo. Y los factores de riesgo de tipo medioambiental abarcan un amplio abanico de temas como son los factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como factores físicos, químicos y biológicos. Son, por ejemplo: el acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias, los riesgos laborales, la contaminación del aire y el entorno social.

Algunas características del medio físico ejercen influencia sobre la manera como se realiza el crecimiento y desarrollo, influyendo también en el proceso de salud/enfermedad. El componente físico del ambiente incluye, entre otros factores, la ubicación geográfica, la altura sobre el nivel del mar, el clima, las características del suelo y rocas, los colores, las texturas y otras particularidades del espacio en que se vive o trabaja (Vargas, 2007). Los efectos del medio geográfico sobre salud, a través de sus componentes climáticos y orográficos, parecen bastante menores que la reducción debida a los ambientes alimentarios y nutricionales de poblaciones pobres. Son muchas las poblaciones humanas alrededor del mundo que presentan grandes desventajas económicas, pobreza y sobrepoblación, dando como resultado una deficiente calidad

⁴ <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>

de vida⁵, expresada en las precarias condiciones de su entorno (Vargas, 2007) que pueden verse reflejadas en ese proceso ambiente/salud/enfermedad. Por ejemplo, las diferencias biológicas entre niños rurales y urbanos son en parte resultado de diferencias socioeconómicas en el nivel de vida entre pueblos y ciudades: la atención médica, las condiciones higiénico-sanitarias, el nivel de formación e información de los padres y los niños, y otras características del hábitat humano y del nivel socioeconómico familiar (Rosique et al., 2003). Y los hábitos alimenticios que practica un grupo social están influenciados por creencias, tabúes, costumbres, preferencias y rechazos que son promovidos desde los núcleos familiares. Asimismo, el ambiente alimentario creado por las especies que forman parte de la dieta de los grupos humanos y las interacciones derivadas de su explotación y consumo.⁶ La alimentación influye sobre ciertas características morfológicas y fisiológicas de los individuos que hacen, por ejemplo, que “las poblaciones sometidas crónicamente a una subalimentación o a una alimentación inadecuada, presenten un retardo en el crecimiento de etiología nutricional que puede afectar hasta el 50% de los niños en los países pobres” (Restrepo, 2000).

De esta manera, la vigilancia del crecimiento es un elemento fundamental para detectar tempranamente las alteraciones del estado nutricional (Restrepo, 2000) y, a la inversa, dependiendo de ciertos hábitos que afectan la salud y la nutrición es posible determinar ciertas anomalías en el crecimiento, que pueden indicar un modo la enfermedad. El término “Antropología Nutricional” se refiere a los estudios que son esencialmente bioculturales; es decir, a estudios cuyas preocupaciones centrales son la relación entre la alimentación y los nutrientes y

⁵ La calidad de vida hace referencia a la satisfacción adecuada de las necesidades básicas higiénico-sanitarias y alimentarias (Rosique et al., 2004) como también al conjunto de condiciones económicas, sociales y culturales que caracterizan a la población.

⁶ Bernis (2005), propone incluir bajo el encabezamiento de *Ecología de la Nutrición* todos los aspectos relevantes de esta interacción, incluidas las situaciones de carencias y de excesos nutricionales, y sus consecuencias sobre la salud.

el estado de nutrición. En muchos de esos estudios, los análisis de la ingesta y patrones de consumo de alimentos son también de interés, examinando también las consecuencias nutricionales diferenciadas con la calidad del ambiente con atención especial a la calidad nutricional y tratamiento de enfermedades en la cultura.

La cultura puede ser entendida como esas expresiones y costumbres propias de un colectivo humano, que se interpreta desde una cosmogonía interna adquiriendo conocimientos y satisfaciendo sus necesidades. “La cultura es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando, de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y la práctica social” (Langdon & Wiik, 2010, pp. 182). Resultando un sistema cultural de salud, como esa “dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, “percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad, obteniendo conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable” (Langdon & Wiik, 2010, pp. 183).

Según Palladino (2010, pp. 2) la importancia de los aspectos ecológicos en una población, se da tanto por la influencia mutua del ecosistema y la población como por la evolución no natural del crecimiento poblacional. Definiendo el medio ambiente, como la producción de relaciones entre las especies: los humanos y otros organismos. Por consiguiente la relación de los seres vivos (plantas, animales y personas) entre ellos y con su entorno es lo que se conoce como ecología. La pérdida del equilibrio entre los seres humanos y la naturaleza está dando lugar a desastres naturales y a la aparición de nuevas enfermedades. No debiendo olvidar que el ser humano cohabita el planeta en unión de las plantas y de los animales de todo tipo, incluyendo bacterias, parásitos, hongos y virus, y cada uno tiene un lugar en él. Incluso el ser humano está

colonizado por miles de millones de bacterias y virus que viven en la piel, boca, aparato respiratorio y digestivo, sin hacer daño, estimulando los sistemas defensivos del organismo para aumentar esa actividad (Jaramillo, 2010, pp. 44).

Existe un conjunto de determinantes sociales de la salud (DSS) de acuerdo al medio donde se vive. Según la OPS/OMS: “Los determinantes sociales de salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias o diferencias injustas y evitables observadas dentro y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”. Los DSS influirían tanto en la posibilidad de exponerse al contagio, como en el desarrollo final de la enfermedad, puesto que una persona infectada no siempre está enferma, sino más bien un conjunto de condiciones: biológicas, sociales y ambientales, son las que determinan las probabilidades de su evolución hacia un estado patológico. Se puede considerar a una enfermedad como un parámetro de desarrollo y situación de inequidad, desigualdad y pobreza, ya que las tasas de dicha enfermedad aumentan entre la población que se sitúa por debajo del nivel de pobreza. A través de la historia, varias enfermedades han estado siempre asociadas con pobreza, hacinamiento, y malnutrición. Estos factores proveen el ambiente propicio para la diseminación de la enfermedad (Zubieta y Cruz, 2012; pp. 18). Es decir, 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. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS).

Por lo tanto, por medio de la epidemiología se puede relacionar la salud con los factores determinantes⁷, de hecho el incremento de la población ha motivado cambios importantes en el uso de las tierras, el contacto entre personas, animales domésticos y silvestres, el riesgo de transmisión de enfermedades y el surgimiento de nuevas (Rodríguez, 2006, pp. 49-50). La epidemiología es “una ciencia que estudia el proceso salud/enfermedad en colectividades humanas, analizando la distribución y los factores determinantes de las enfermedades, los daños a la salud y los eventos asociados a la salud colectiva, y que propone medidas de prevención, control o erradicación de enfermedades, obtiene indicadores que sirvan de soporte a la planificación, administración y evaluación de acciones de salud” (Zuliani, 2010, pp. 356). Como bien lo propone la teoría de la transición epidemiológica, proporciona unos elementos valiosos para interpretar la dinámica de la enfermedad poblacional. El resurgir reciente de muchas de estas enfermedades en el mundo podría más bien atribuirse a cambios políticos, económicos y de actividad humana más que a cambios climáticos. Por tanto, el clima, por sí solo no sería un requisito suficiente para la instauración de focos endémicos. El clima evidencia que la naturaleza está integrada sistemáticamente, donde la normalidad es el asiento funcional estable para la supervivencia (OMS). La relación que hemos establecido con la naturaleza ha puesto en peligro nuestra permanencia en la Tierra; esfuerzos aislados no podrán revertir la situación actual.

La Epidemiología ha considerado las llamadas Enfermedades Transmisibles Emergentes: como la enfermedad transmisible cuya incidencia en humanos se ha incrementado en los últimos 25 años del Siglo XX o que amenaza incrementarse en el futuro cercano. Y la Enfermedad Reemergente que es una enfermedad transmisible previamente conocida que reaparece como problema de salud pública tras una etapa de significativo descenso de su incidencia y aparente

⁷ <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

control, cuya transmisión responde a una estacionalidad de las enfermedades infecciosas que comienzan como agudas, algunas, como la influenza. La identificación de los eventos que ocurren antes o después de un incremento en la tasa de enfermedad permite conocer los factores de riesgo. Siendo conveniente registrar la ocurrencia de la enfermedad a través de varios años para describir y predecir sus ciclos, graficar la frecuencia de enfermedad a través del tiempo es muy útil para conocer la velocidad de transmisión de una enfermedad⁸. Asimismo es fundamental para conocer su extensión y velocidad de diseminación, como el domicilio, la calle, el barrio, la localidad, el distrito, la provincia, el estado u otro nivel de agregación geopolítica. De la misma forma la distribución de las enfermedades no discrimina edad, género, estado nutricional, hábitos y conductas (ocupación y estilos de vida), y la condición social (ingreso, estado civil, religión), permitiendo ver en estas condiciones los posibles factores de riesgo.

Los sistemas de valores definen el papel social que se espera de cada individuo según el sexo, la edad y la clase social a la que pertenece, y regulan tres aspectos fundamentales para nuestra biología: los patrones reproductores, los patrones nutricionales y los patrones de cuidado de los miembros de la sociedad (Bernis, 2005). La dependencia de la sociedad con respecto a la naturaleza crece en la medida en que crecen los objetivos de la civilización (necesidades culturales, estéticas, etcétera); sin embargo, hoy se habla de "conciencia ecológica", para transformar ideas y costumbres respecto a las condiciones naturales de vida; hoy se combate la explotación desmedida de los recursos naturales (la tala indiscriminada de árboles, los vertederos fluviales de desechos industriales, la hiperurbanización anárquica, la producción industrial de super-ciudades que ocasionan contaminación ambiental, etcétera; hoy se habla también de desarrollo sostenible y racionalidad ambiental, como conceptos que pretenden enmendar los errores del desarrollo. Por tanto, la ecología de la salud y la enfermedad, nos indicaría, si es

⁸ www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/vector-borne-diseases/es/

posible la interacción entre el grado de adaptación-desadaptación del ser humano en su entorno, en el que la enfermedad jugaría un papel como desequilibrante ecológico con sus variaciones, en la adaptación psicológica y sociocultural de un individuo. Por tanto, la salud humana es el resultado de factores ambientales, sociales, biológicos y psíquicos, que se traduce en niveles de desarrollo, eficiencia y bienestar, que regulan las dinámicas individuales y colectivas.

Un patrón alimentario es el conjunto de productos que un individuo, familia o grupos de familias consumen de manera ordinaria según un promedio habitual de secuencia estimado en por lo menos una vez al mes. Se halla estructurado por varios elementos: el cultural y el económico. Pero además, por la aceptación social de los productos alimenticios y la incorporación de transformaciones de la alimentación generadas por el ingreso. Es decir, como la frecuencia de alimentos comestibles preparados, consumidos por un individuo o un grupo y que puede ser medido tanto en los propios alimentos comestibles, en alimentos comestibles preparados o en micro o macronutrientes. Dado lo anterior el patrón alimentario se refiere al conjunto de productos que un individuo, familia o grupo de familias consumen de manera ordinaria, según un promedio habitual de frecuencia estimado en por lo menos una vez al mes; o bien, que dichos productos cuenten con un arraigo tal en las preferencias alimentarias que puedan ser recordados por lo menos 24 horas después de consumirse (Juárez, 2001, pp. 2). Torres (1998) nos dice que los patrones de consumo son la forma en que las personas adquieren los alimentos ya sea por la influencia del mercado, la tecnología, los costos de producción o por los precios, los cuales tienen que ver con el ingreso de las personas y se puede demostrar que a su vez la adquisición de este tipo de productos se homogeniza mucho entre el sector urbano y rural (Torres, 1998, pp. 2).

Por tanto, el estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos (OMS). Son tres las causas básicas de los problemas nutricionales: 1) Los alimentos: disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad. 2) La salud (utilización biológica): estado personal de salud, estilo de vida y utilización de los servicios de salud. 3) Los cuidados: capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas. Además, el estado nutricional es el resultado de un conjunto de factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales; cuando estos factores producen una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o impiden la utilización óptima de los alimentos ingeridos, se generan problemas nutricionales que tienen como causas básicas aspectos de alimentación, salud y/o cuidados.



IV. Justificación de la investigación

“...la salud de las instituciones de una sociedad tiene consecuencias en el ambiente y en la calidad de vida...”

Carta Encíclica Laudato si. Papa Francisco.

El ser humano ha perturbado el ambiente con la deforestación masiva de bosques y selvas, la contaminación de los ríos y de la atmósfera, y, en consecuencia, provocando variados efectos ambientales que van desde grandes inundaciones, con huracanes en diversas regiones del globo, y en otras como, sequías graves. Todo esto condiciona la destrucción de áreas de cultivo y de fuentes de trabajo y hogares en todo el mundo, lo que provoca pobreza, enfermedad y muerte. Pese a las dificultades que hay para alimentar a la población, ésta continúa creciendo cada día, sobre todo en naciones y áreas de escasos recursos económicos (Jaramillo-Antillón, 2010). Por tanto, el ecosistema se convierte así en una unidad superestructural, siendo definido como la situación global a la que se adaptan las poblaciones y se ajustan los individuos. El ecosistema humano tiene cuatro componentes estructurales: las poblaciones humanas, el medio geográfico, el medio biológico y el medio cultural (Bernis, 2005). En la cual, la ecología humana debe tener presente la relación entre individuo y sociedad, entre individuo y medio ambiente, a nivel local para luego trasladarse a nivel regional.

Incluidos, no sólo procesos materiales, sino también valores simbólicos, sistemas morales, formas de racionalidad provenientes de la lingüística y la historia cultural” (Morán, 1997, pp. 64). Teniendo en cuenta, la variación de las riquezas naturales que lo conforman, igual que los mecanismos que la determinan como la intensidad de la fertilidad, la mortalidad y enfermedad, entre otros. La ecología humana tiene una importancia atribuida al papel del hombre como factor ecológico. En la que se incluye en la antropología al enfocar al hombre no sólo como entidad

social y cultural sino también al valorar las interacciones hombre/ambiente. Esas interacciones circunscriben el conocimiento ambiental, el papel de la estructura social dentro de las alternativas de respuesta al ambiente, el papel de la historia (experiencias pasadas) en la evaluación de las respuestas posibles, el reconocimiento de posibles alternativas dentro de un contexto demográfico, nutricional y epidemiológico (Morán, 1997, pp. 69). En donde la adaptación, es necesaria para que las poblaciones se ajusten a los cambios ambientales, como las incertidumbres climáticas diarias, estacionales o cíclicas que afectan la cultura, la estructura social, el comportamiento humano, los patrones de subsistencia e incluso la enfermedad, generando estrés que a su vez produce una reacción de la población, favorable o desfavorable, según su grado de adaptación (Cuenca, 2006, pp. 42). “El grado de adaptación de una población se mide, entonces, según su nivel nutricional, su estado de salud-enfermedad y la efectividad de los mecanismos controladores del crecimiento demográfico en los períodos de fluctuaciones ambientales” (Cuenca, 2006, pp. 42).

Interviniendo en los espacios, diferentes condiciones ambientales (sismos, sequías, inundaciones, plagas de insectos y entre otros), sociopolíticas (como los conflictos), socioeconómicas (jerarquización sexual y social), culturales (hábitos alimenticios e higiénicos, rituales) y migraciones, cuyos orígenes pueden cambiar en el tiempo y el espacio. En el cual cuatro factores conectan el predominio de causas de enfermedad y muerte: la densidad y concentración poblacional, lo suficientemente numerosas para que algunas enfermedades se pudieran arraigar; el hacinamiento y la consecuente higiene deficiente que propician el contagio a las enfermedades infecciosas; la insuficiencia de alimentos, temporal o crónica que redujo la resistencia a las infecciones; el contacto estrecho con agentes transmisores de patógenos (animales y plantas), tanto en condiciones normales por su domesticación, como por la presencia

de vectores durante las inundaciones y sequías (Cuenca, 2006, pp. 47). Los movimientos poblacionales son un conductor de propagación de enfermedades, por tanto, hay una interacción entre el medio ambiente y el funcionamiento económico, social y político de una sociedad.

En la cual, la medición del estado de salud de una población es fundamental en las intervenciones y monitoreo de la salud pública, dado que esta es causa y consecuencia de las dinámicas demográficas, económicas y sociales de una población y sus interacciones (Acosta, 2014, pp. 1). Que para el caso de las dinámicas de poblamiento en la zona de Cauca, han venido determinándose por una serie de factores tales como: los desplazamientos por la violencia, la proliferación de cultivos ilícitos, la minería debido a la ubicación geoestratégica, las expectativas laborales, (Plan Educativo municipal Cauca 2010 – 2016) el matrimonio, reuniones en familias, festividades, etc. Por lo tanto, los estudios ecológicos en Cauca intentaran averiguar cuáles son los ecosistemas con los que las poblaciones interactúan, cuál es la naturaleza de esas interacciones y cuáles son las consecuencias de esas relaciones para el hombre y para el ambiente. Permitiendo responder las preguntas de: ¿Cuál es la relación entre ecología humana y el proceso de salud/enfermedad? Y ¿Cuál es la relación entre el patrón alimentario y el estado nutricional con el proceso de salud/enfermedad?

4.1. Objetivo General

Estudiar desde la percepción de los jóvenes y familia el proceso de salud/enfermedad en relación a las condiciones ambientales de los barrios, las viviendas, la alimentación y el estado nutricional en Cauca, Antioquia.

4.2. Objetivos Específicos

- Conocer la percepción de los jóvenes los riesgos para la salud.

- Conocer las prevalencias de enfermedades crónicas e infecciosas percibida por los jóvenes.
- Analizar hábitos alimentarios y el estado nutricional de los jóvenes como componente de salud.

4.3. Metodología

4.3.1. Enfoque/Tipo de Investigación

El estudio fue de tipo transversal descriptivo y explicativo, fue de tipo cuantitativo con datos relacionados con la encuesta sociodemográfica, estado de la vivienda, estado de salud y el consumo de alimentos y el estado nutricional de los niños y cualitativo con un enfoque etnográfico sobre la alimentación, características socioeconómicas, y la percepción de la salud e higiene en los barrios y en las viviendas.

4.3.2. Población y Muestra

Caucasia es un municipio localizado en la subregión del Bajo Cauca del departamento de Antioquia. Es denominada la Capital del Bajo Cauca por ser el principal centro urbano y comercial de la subregión. Limita por el norte con el departamento de Córdoba, por el este con los municipios antioqueños de Nechí y El Bagre, por el sur con el municipio de Zaragoza, y por el oeste con el municipio de Cáceres. Su territorio es plano con pequeñas ondulaciones al norte y al occidente y al sur es quebrado. Es uno de los municipios más importantes de la zona debido a su privilegiada ubicación geográfica, cerca de la confluencia de importantes afluentes colombianos como el río Cauca y el río Nechí y el Parque nacional natural Paramillo. El área rural de Caucasia hace parte del área Andina donde se encuentran alturas de 50 hasta 500 msnm. Debido a la altitud y altitud de la ciudad Caucasia posee un clima subtropical húmedo. Además de eso el municipio cuenta con dos clases de climas uno Tropical Cálido Húmedo y otro Cálido

de Montaña. La temperatura de Caucasia está determinada por los vientos y precipitaciones térmicas, llegando a 27,4 °C donde está la zona urbana, la cual tiene un rango de temperaturas que oscila entre los 25 y los 32 °C o 89.6F y 77F. Las temperaturas más altas oscilan entre 30 y 32 °C, con una máxima absoluta de 36 °C. Y las mínimas anuales oscilan alrededor de los 23 °C, con una mínima absoluta de 21 °C. El comienzo y final del año son estaciones secas, del resto el clima es variable y lluvioso, en algunas épocas de agosto a noviembre. La precipitación media anual es moderada: 2.500 mm aproximadamente, y no es igual en todo el municipio, ya que llueve más al sur que al norte (DAPAR).

La economía local gira alrededor de la ganadería, la pesca, la agricultura y la minería. Sin embargo, Caucasia llegó a ser el mayor productor de oro en Colombia. Actualmente, el municipio ocupa un lugar preponderante en la región del Bajo Cauca de Antioquia, y es el mayor productor de ganado de la subregión. El sector de servicios cobra cada vez más fuerza, convirtiendo a Caucasia en el centro de comercio que hace las veces de surtidor de víveres para una amplia geografía. La minería de (oro y plata) sigue ocupando a una parte de la población. Igualmente lo hace la tala de árboles para la fabricación de enseres de madera. El turismo ha tomado mucho auge en los últimos años, y se desarrollan proyectos arquitectónicos de proyección nacional e internacional, como centros comerciales a la altura de los mejores del país⁹ (Alcaldía Municipal).

Con una población total de 114.902 habitantes (2016), dividida en una población Urbana de 94.762 habitantes y una población Rural de 20.140 habitantes, con un alfabetismo del 83.0% (2005) en su mayoría en la zona urbana y con el 85.2% y en la zona rural de 72.1% (DANE). La muestra escogida para el estudio son dos instituciones educativas en el municipio de Caucasia: Liceo Caucasia y Santo Domingo, que cuentan con una aglutinación de población escolar

⁹ Resultados y proyecciones (2005-2020) del censo 2005.

procedente de barrios muy variados. El estudio ha seleccionado 3 grados de escolaridad: 7°, 8° y 9° de la jornada matutina. A través del proceso de estimación del muestreo para determinar el tamaño de la muestra a estudiar, se usó el programa Epi Info (Versión 7) para una población de 1500 alumnos en la institución educativa Liceo Caucasia con el 9% de margen de error de los ítems de encuesta y con un nivel de confianza del 99% resultó un mínimo de 90 estudiantes entre los tres grados. En la institución educativa Santo Domingo con el 8% de margen de error en las encuestas y un nivel de confianza del 97% resultaron 78 jóvenes. El total para las dos instituciones fue de 188 jóvenes estudiantes. Sin embargo, se seleccionó de forma aleatoria a 88 jóvenes (el 50% de cada institución) para continuar con el proceso de investigación en los hogares con el consentimiento informado de los padres. La selección de casos cercanos a caños por el barrio fue de tres de ellos: Las Gaviotas, San Miguel y El Paraíso. Aunque la muestra se distribuye también en otros barrios sin caños y más alejados por su lugar de residencia.

4.3.3. Variables

En información Sociodemográfica se recolectó información básica: institución educativa, grado de escolaridad, sexo (masculino, femenino), edad (rangos), estado civil (para los padres de familia: soltería-uniión libre-casado(a) -divorcio-viudez), lugar de nacimiento, escolaridad (para los adultos: ninguna-Primaria-Secundaria-Bachiller-Tecnico-Tecnologico-Universidad-Otro), actividad económica (e ingresos <solo para adultos>). Luego para información del hogar/vivienda (tamaño del hogar, infraestructura-tenencia de la vivienda, servicios públicos y saneamiento) e información ambiental del entorno sobre caños, ciénagas, si la calle esta pavimentada y si hay árboles.

Para la información de Salud, enfermedad y atención se recolectó información sobre: la percepción del estado de salud, la satisfacción de los servicios de salud, cubrimiento de servicios

de salud, inquietudes de salud, factores de impedimento de acceso a la salud, enfermedades de los jóvenes y de la familia, mejoras en la salud, formas de cuidado y otras de formas de atender a las enfermedades en la región. Además de preguntar por el padecimiento de hipertensión, toma de medicamentos, problemas cardiovasculares y si acudió recientemente a un centro hospitalario.

En la información de Salud sexual y reproductiva se encuesta sobre mamografía, citología, edad de la primera menstruación, hijos, aborto, lugar del parto, quien asistió el parto y planificación.

Para la información del ambiente se recolectó información sobre los problemas ambientales, la importancia del medio ambiente, la recolección y deposición de basuras.

En el Patrón alimentario se utilizó la técnica del método de registro del diario personal (Menchú 1994) por autorreporte, con un formato estructurado de seguimiento durante siete días de la semana y se analizaron los seis momentos que componen el esquema tradicional de distribución de las comidas diarias en la zona rural de Medellín (Maya 1998)¹⁰. Que serán: tragos, desayuno, mediodía, almuerzo, algo, comida y merienda, distribuidas según niños y adultos, por grupos de alimentos, en promedio por individuo/día y por comidas distribuidas en los seis momentos del día.

Para la Estado Nutricional las variables a medir fueron talla (cm), peso (kg), los indicadores nutricionales de talla-edad (T/E), peso-edad (P/E), e IMC (índice de masa corporal). Para la toma de medidas antropométricas se utilizó como técnica normativa, lo estipulado en la resolución 2465 de 2016 del ministerio de protección social. A continuación se describen los puntos de corte para cada indicador en el cuadro 1.

¹⁰ Rosique Gracia, J. García, A. F., Villada, A. (2012) Estado nutricional, patrón alimentario y transición nutricional en escolares de Donmatías (Antioquia). En: Revista Colombiana de *Antropología*, Volumen 48 (1), enero-junio, pp. 97-124.

Cuadro 1: Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica	Tipo de Uso
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E)*	$> +2$	Obesidad	
	$> +1$ a $\leq +2$	Sobrepeso	
	≥ -1 a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	
	< -2	Delgadez	

*En el IMC para la Edad, +1(DE) es equivalente a un IMC de 25 Kg/m² a los 19 años y, +2 (DE) es equivalente a un IMC de 30 kg/m² en la misma edad, lo cual guarda relación con el IMC utilizado en la clasificación antropométrica nutricional de los adultos.

Para la medición de la talla se utilizó un tallimetro portátil marca SECA. Para la medición del peso se utilizó una báscula digital con precisión de 0,1kg de energía solar, siguiendo los parámetros establecidos en el protocolo de toma de medias antropométricas (Ministerio de Protección Social, 2010), de igual forma por medio de la etnografía se preguntó por la percepción del estado nutricional y la condición física. Las encuestas y el itinerario de preguntas se encuentran en los Anexos.

4.3.4. Análisis de la información

Con la información obtenida se construyó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010, las variables fueron analizadas utilizando estadística descriptiva determinando frecuencias, distribuciones y porcentajes con la aplicación del programa SPSS (versión 23) como manejador de bases de datos. Las variables cualitativas correspondientes a la percepción del estado de salud, del ambiente y del estado nutricional y alimentario se tabularon y analizaron por medio del método de “Codificación y categorización” en Microsoft Office Excel 2010. La información antropométrica se procesó para llegar a la clasificación nutricional, a través del programa *Anthro Plus* de la OMS, la tabulación con distribuciones y porcentajes se realizó con Excel y con la aplicación del programa SPSS (versión 23) con Licencia para la Universidad de

Antioquia. La clasificación nutricional empleó los puntos de corte establecidos por la resolución 2465 del 2016.

Para las asociaciones de las variables de interés del estudio se utilizaron pruebas como chi cuadrado, y tablas de contingencia para la distribución espacial según los barrios para datos tabulados, teniendo como límites de significación estadística valores de p menores de 0,05, para determinar asociación con las características ambientales, epidemiológicas y nutricionales.

Las tablas de contingencia complejas es decir de tamaño $m \times n > 2 \times 2$, se analizaron mediante un análisis de asociación entre variables basado en el análisis multivariado y denominado análisis de correspondencias simple (ACS). Este análisis proporciona la chi-cuadrado de la matriz y descompone en un conjunto de combinaciones lineales independientes (sumas de variables por coeficientes) la matriz de recuentos de más de 2 categorías por variable. Las filas corresponden a categorías de objetos y las columnas a categorías de la variable. Cada combinación lineal es una dimensión ortogonal (normalización simétrica) para objetos y variables por separado. La importancia de la dimensión la da la inercia de la dimensión. El análisis busca encontrar una representación gráfica que describa la asociación por proximidad entre objetos y variables en las dos dimensiones cuando la chi-cuadrado es significativa ($p < 0.05$), si no lo es el análisis se toma como una tendencia local que no se puede confirmar ni en la muestra, ni en la población (en este caso Caucasia). El análisis de la tendencia, sea o no significativa, puede tener interés descriptivo y también permite la descripción de proximidades entre categorías de objetos y variables cuando se usan distancias euclidianas transformando los recuentos de casos con la opción del módulo del SPSS para reducción de dimensiones (análisis de correspondencias).



V. Resultados

5.1. Sociodemografía de los jóvenes

La muestra estudiada estuvo conformada por 88 estudiantes jóvenes de ambos sexos que respondieron a las encuestas. El 61,4% de la muestra de jóvenes corresponde a mujeres y el 38,6% restante son hombres (Tabla 1). La edad varía entre 10 y 17 años. La distribución en los rangos de edad más representados fue la siguiente: entre los 12 y 13 años se sitúan el 60,2% y el 26,1% entre los 14 y 15 años.

Distribución de frecuencias		n	%
Sexo	Hombre	34	38,6
	Mujer	54	61,4
Edad (años cumplidos)	10-11	7	8,0
	12-13	53	60,2
	14-15	23	26,1
	16-17	5	5,7
Barrios	Zona Norte	68	77,3
	Zona Centro	12	13,6
	Zona Sur	8	9,1
Estrato	1	58	65,9
	2	27	30,7
	3	3	3,4
SISBEN	Sí	68	77,3
	No	20	22,7

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de la muestra de jóvenes.

Se presentó una distribución por barrios de vivienda, en la que el 77,3% son de los barrios de la zona norte, principalmente San Miguel, El Paraíso, Las Gaviotas y Pedro Valdivia. El estrato social que más representado se encuentra es el 1, con el 65,9%, aunque el 100% de los jóvenes están entre los estratos 1 y 3. Además, el 77,3% están inscritos en el Sisben (Tabla 1).

5.1.1. Distribución de la muestra en las zonas urbanas según los barrios de Cauca

La zona norte quedó conformada en el presente estudio por 4 sectores: 1) San Miguel, 2) Las Gaviotas, 3) El Paraíso y 4) el resto (otros barrios del norte). La muestra de jóvenes se distribuyó

principalmente en 3 barrios de la zona norte, como es el barrio llamado San Miguel (10 jóvenes), el barrio Las Gaviotas (19 jóvenes), y el barrio El Paraíso (14 jóvenes). La zona norte (resto), quedó conformada por el resto de los barrios del norte como son: El Camello 1(7 jóvenes) y 2 (5 jóvenes), El Bosque (2 jóvenes), El Estadio (1 joven), El Palmar (6 jóvenes), Los Córdoba (2 jóvenes), Pedro Valdivia (2 jóvenes), San José (2 jóvenes), y Santa Helena (2 jóvenes).

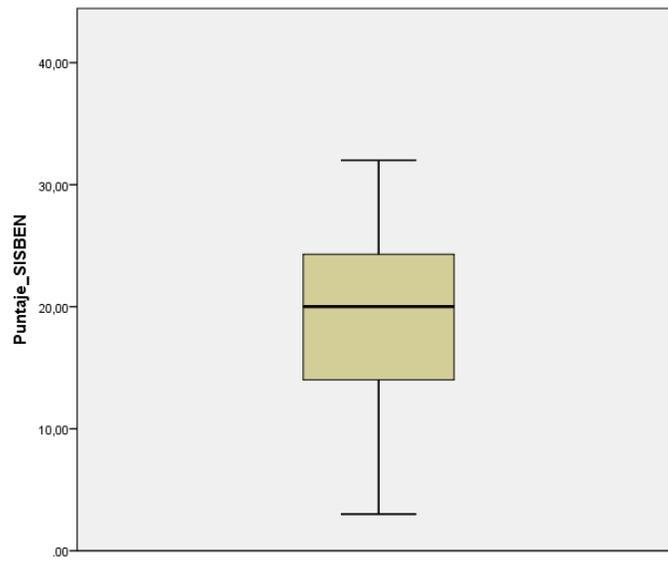
La zona centro quedó conformada por los barrios: Centenario, Colonias del Portal, El Kennedy, El Pajonal, El Roble, La Esperanza, Las Villas, Loma fresca, Pueblo Nuevo, San Rafael. Altos de San Juan, Buenos Aires y Asovivienda. Y finalmente la zona sur por los barrios: La Colombianita, Paraguay, Villa Arabia, Villa Uribe, Las Malvinas, El Prado y La Paz.

5.1.2. Distribución por puntos de corte del Sisben para la muestra de jóvenes

El 50% de los puntos de corte del Sisben están conformados por puntajes entre 20,01 y menos, con una desviación estándar de 7,97, y un coeficiente de variación (CV) de 40,89%, lo que indica un porcentaje de distribución bastante heterogéneo (Tabla 2) y un rango intercuartil que señala una variación de los datos de 10,46 (Gráfica 1). El promedio es de 19,49.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos del punto de corte del Sisben para los jóvenes estudiados

N	Válido	62
	Perdidos	26
Media		19,4894
Mediana		20,0100
Desviación estándar		7,97041
Mínimo		3,00
Máximo		32,00
Percentiles	25	14,0000
	50	20,0100
	75	24,4625
Coeficiente de variación		40,8962
> 25 Heterogénea		
Rango Intercuartil		10,4625



Gráfica 1: Diagrama de caja simple para el promedio del punto de corte del Sisben (19,49) para los jóvenes estudiados y su rango de variación entre 14,00 y 24,46.

5.2. Tamaño y composición de los hogares

Aunque el 50% de los jóvenes viven en hogares conformados por 4 personas o menos, el tamaño del hogar es muy variable porque tiene un rango que oscila de 2 a 14 personas entre los distintos hogares. Dichos hogares pueden tener entre 0 y 6 niños(as) y también entre 1 y 7 adultos en el hogar (Tabla 3).

	Media	Mediana	Mínima	Máximo
Personas en el hogar	4,51	4	2	14
Niños(a)	1,86	2	0	6
Adultos	2,64	2	1	7
Personas en otra ciudad	1,88	0,5	0	25
Niños(a)	0,74	0	0	15
Adultos	1,18	0,5	0	10
Personas en el exterior	0,18	0	0	3
Niños(a)	0,02	0	0	1
Adultos	0,16	0	0	2

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las personas en el hogar, en otra ciudad y fuera del país.

Solo el 5% de los jóvenes viven en hogares que tienen familiares en otra ciudad (entre 0 y 25 personas por hogar). Los jóvenes podían tener otros familiares de entre 7 y 15 años en otra

ciudad a nivel nacional (entre 0 a 15 niños por hogar) y si son adultos tienen entre 0 a 10 personas fuera. Y algunos hogares cuentan con personas en el exterior de hecho puede haber entre 0 y 2 personas viviendo en el exterior (Tabla 3) por hogar. En total fueron 51 hogares en los que se distribuyen los jóvenes estudiados, los cuales se integran en unidades de los siguientes tamaños: de 2 a 4 personas el 66,4%, de 5 a 7 personas el 23,5% y con más de 8 el 9,8% (Tabla 4; Gráfica 2). Esto indica que la mayoría de los hogares son pequeños o medianos.

Tabla 4: Composición del hogar de los jóvenes.

		n	%
Número de personas en el hogar	2 a 4	34	66,7
	5 a 7	12	23,5
	>8	5	9,8
	Total	51	100



Gráfica 2: Representación gráfica de la distribución del tamaño del hogar.

5.3. Sociodemografía de los hogares

La información recogida fue a partir de una visita domiciliar realizada por medio de una encuesta y entrevista hecha a los padres de familia de los jóvenes seleccionados para el estudio y que dieron su consentimiento por escrito. Por tanto, en los hogares seleccionados (n=24), los

jóvenes se distribuyen del siguiente modo: el 66,7% mujeres y el 33,3% hombres, todos ellos (el 100%) eran de barrios del zona norte como son San Miguel (33,3%), Las Gaviotas (41,7%) y El Paraíso (25%). La distribución de los rangos de edad fue: el 58,3% entre 12 a 13 años, el 29,2% entre 14 a 15 años, 8,3% entre 16 y 17 años y de 10 a 11 solo el 4,2%. Los hogares son el 70,8% de estrato 1 y el 87,5% pertenecen al Sisben.

Los adultos en los hogares de donde proceden los jóvenes estudiados, son el 50% hombres y el 50% mujeres (Tabla 22). El estado civil más representativo es el de unión libre con el 45,8%. Sus niveles de estudio son: técnico/tecnólogo (25%), primaria y secundaria (20,8%), bachillerato (12,5%), universitario (16,7%) y ninguno (4,2%).

		n	%
Sexo	Hombre	12	50,0
	Femenino	12	50,0
Estado Civil	Soltero/a	4	16,7
	Casado/a	4	16,7
	Unión Libre	11	45,8
	Viudo/a	3	12,5
	Divorciado/a	2	8,3
Nivel de estudios	Primaria	5	20,8
	Secundaria	5	20,8
	Bachillerato	3	12,5
	Técnico/Tecnólogo	6	25,0
	Universitario	4	16,7
	Ninguno	1	4,2

Tabla 5: Características sociodemográficas de los adultos del hogar de los jóvenes.

Las edades de los adultos en los hogares oscilan entre 29 y 80 años, con una variación homogénea en la distribución de la edad. La media es de 47,9 años. Con dato central de 48 años (mediana) (Tabla 23).

Edad de los adultos		
Media		47,92
Mediana		48,00
Desviación estándar		11,942
Mínimo		29
Máximo		80
Percentiles	25	37,50
	50	48,00
	75	54,75

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de las edades de los adultos.

Los adultos en los hogares de donde proceden los jóvenes estudiados tienen ingresos con el 41,7% entre \$602.00 a \$800.000 mensuales, 20,8% entre \$409.000 a \$600.000, 16,7% ingresos entre \$0 a \$200.00, el 12,5% de \$201,00 a \$408.000 y solo el 8,3% ingresos mensuales de más de \$801.000 (Tabla 24). Su ocupación más representativa (con 16,7%) es ama de casa, variando las otras ocupaciones entre servicios de aseo (12,5%), conductor (12,5%) y otros (Tabla 24).

		n	%
Ingresos	0 a 200.000	4	16,7
	201.000 a 408.000	3	12,5
	409.000 a 600.000	5	20,8
	602.000 a 800.000	10	41,7
	Más de 801.000	2	8,3
Ocupación	Ama de Casa	4	16,7
	Oficina	2	8,3
	Comerciante Independiente	2	8,3
	Albañil	2	8,3
	Cajera	2	8,3
	Servicio de aseo	3	12,5
	Peluquera	2	8,3
	Vendedor	2	8,3
	Conductor	3	12,5
	Sin empleo	2	8,3

Tabla 7: Ingresos mensuales y ocupación de los adultos.

En los hogares de los jóvenes el tipo de vivienda oscila entre casa (83,3%) y apartamento (con el 16,7%). El estado de la vivienda es en general percibido como “casa buena” (95,8%) y la tenencia de la vivienda muestra que la mayoría viven en casa propia (62,5%) y en menor proporción en arrendada (el 37,5%). El tipo de material es: ladrillo (66,7%), bloque (20,8%),

concreto (8,3%) y madera (4,2%), con revocado en el 83,3% de las viviendas. Poseen pisos de baldosa (70,8%), cemento (25%) y tierra (4,2%)¹¹.

El 100% de los hogares de donde proceden los jóvenes del presente estudio tienen energía y alcantarillado, el 95,8% acueducto, el 87,5% gas natural, el 66,7 internet y el 91,7% parabólica o tv por cable. Y el 70,8% y 83,3% tienen viviendas con condiciones de urbanismo: ubicadas en calles pavimentadas y con árboles.

5.4. Características de la vivienda según infraestructura y tenencia de la propiedad

El estudio de 88 casos de los dos centros educativos arrojó resultados muy similares a los anteriores 24 casos. El 67% de los jóvenes proceden de hogares en viviendas que son propias de la familia y el 27% de los jóvenes en arrendadas, viven en casas (84,1%) como principal tipo de vivienda y en menor proporción (13,6%) en apartamentos. El 84,1% de los jóvenes proceden de hogares con un estado de la vivienda bueno y sólo el 14,8% viven en condiciones de viviendas regulares. El 77,3% de los jóvenes proceden de viviendas revocadas, con un material en las paredes de ladrillo y el 52,3% de los jóvenes están en viviendas que poseen un piso embaldosado (52,3%) (Tabla 5)¹².

¹¹ Estas cifras corresponden a los jóvenes de los 24 hogares visitados.

¹² Estos datos corresponden a los 88 jóvenes encuestados.

Tabla 8: Distribución de los niños/as por tipo de vivienda, estado de vivienda y material.

		n	%
Tenencia de la Vivienda	Propia	59	67,00
	Arrendada	24	27,30
	Compartida	4	4,50
	Campamento	0	0,00
	Mayoría	0	0,00
	Baldío	1	1,10
Tipo de Vivienda	Casa	74	84,10
	Apartamento	12	13,60
	Habitación	0	0,00
	Parcela	1	1,10
	Finca	1	1,10
Estado de la Vivienda	Buena	74	84,10
	Regular	13	14,80
	Mala	1	1,10
Revocado	Sí	68	77,30
	No	20	22,70
Tipo de Material	Ladrillo	51	58,00
	Bloque	25	28,40
	Concreto	7	8,00
	Madera	5	5,70
Material del piso	Madera	4	4,50
	Baldosa	46	52,30
	Cemento	27	30,70
	Granito	8	9,10
	Tierra	3	3,40

5.4.1. Distribución espacial de características de la vivienda

Se aplicó un análisis de correspondencia simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre la tenencia de la vivienda y su localización por barrios. El ACS produjo los siguientes resultados (Tabla 6, Gráfica 3). La zona norte se ha dividido en cuatro sectores El Paraíso, Las Gaviotas, San Miguel y el resto de los barrios del norte. La zona norte (resto) se distribuye con 18 jóvenes en viviendas propias, 8 en arrendadas, 2 en compartidas y 1 en baldío (invasión). Para la zona norte El Paraíso 10 jóvenes están en vivienda propia, 3 en arrendadas y 1 en compartida. En la zona norte Las Gaviotas 13 jóvenes se encuentran en vivienda propia y 6 jóvenes en viviendas arrendadas. En la zona norte San Miguel se distribuye para vivienda propia 7 jóvenes, vivienda arrendada 2 jóvenes y 1 joven en vivienda compartida. En la zona centro 7

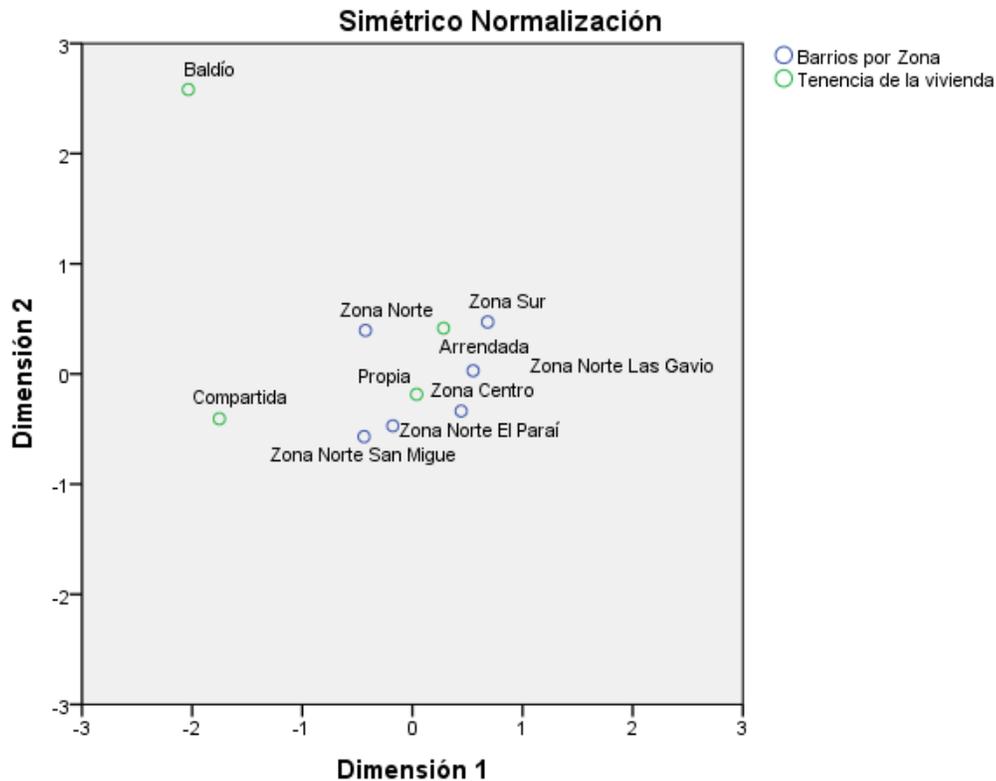
jóvenes se encuentra en vivienda propia y 2 en arrendada y para la zona sur la vivienda propia 4 jóvenes y 3 para vivienda arrendada.

El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. De acuerdo a la espacialidad (Gráfica 3), la zona norte (resto) se encuentra más cercana a baldío (invasión) en la dimensión 2, por tanto la zona norte San Miguel se encuentra más cercana a viviendas compartidas que a diferencia de la zona norte Las Gaviotas y la zona sur se acercan a viviendas arrendadas. La zona centro y norte El Paraíso se encuentra entre vivienda propia y arrendada.

Si se tiene en cuenta el análisis biespacial (Gráfica 3), la vivienda arrendada se concentra en zona sur, en zona norte las Gaviotas y en zona norte (resto), mientras que la vivienda propia está a distancias similares entre todos los barrios y algo más alejada de la zona sur, en cambio el baldío y la vivienda compartida son formas de vivienda que se encuentran poco asociadas a los barrios, por tanto en general no se usan mucho entre los hogares estudiados.

Tabla 9: Tabla de contingencia de tenencia de la vivienda según zonas.

Tenencia de la vivienda	Zonas de barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Propia	18	10	13	7	7	4	59
Arrendada	8	3	6	2	2	3	24
Compartida	2	1	0	1	0	0	4
Baldío	1	0	0	0	0	0	1
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 3: Distribución espacial de la tenencia de la vivienda según zonas.

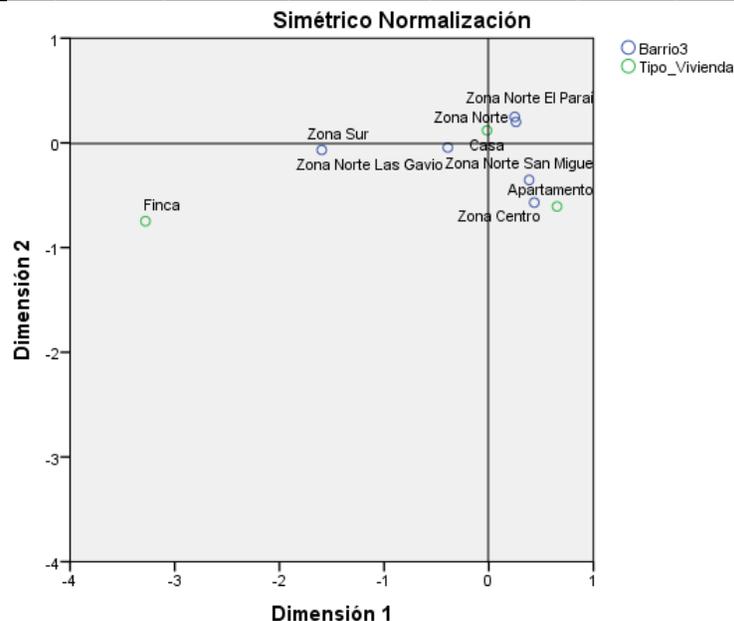
Las Gavio = Las Gaviotas, El Parai= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre tipo de vivienda y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 7, Gráfica 4): la zona norte presenta en casa 25 jóvenes y 4 en apartamentos. Zona norte El Paraíso hay 12 jóvenes en vivienda tipo casa y 2 en viviendas tipo apartamentos. Para el norte Las Gaviotas hay 16 jóvenes para vivienda tipo casa, para apartamentos 2 jóvenes y 1 joven para vivienda tipo finca. En la zona norte San Miguel hay 8 jóvenes en viviendas tipo casa y 2 de tipo apartamento. En la zona centro hay 7 jóvenes en vivienda tipo casa y 2 de tipo apartamento. Y para la zona sur hay 6 jóvenes en viviendas tipo casa y 1 en viviendas tipo apartamento.

El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. La distribución por barrios según el tipo de vivienda según la dimensión 2 (Gráfica 4), asocia la vivienda tipo finca con la zona sur y zona norte Las Gaviotas, que a su vez se relaciona con vivienda tipo casa. La zona norte El Paraíso, norte San Miguel y zona centro también con la vivienda tipo casa. Pero la vivienda tipo apartamento se asocia a zona norte San Miguel y zona centro pero no se relaciona con la zona sur ya que se encuentra muy alejada en la dimensión 1. Si se tiene en cuenta el análisis biespacial (Gráfica 4), la vivienda tipo finca se encuentran poco asociadas a los barrios, por tanto en general no se usa mucho entre los hogares estudiados.

Tabla 10: Tabla de contingencia de tipo de vivienda según zonas.

Tipo de Vivienda	Zonas de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Casa	25	12	16	8	7	6	74
Apartamento	4	2	2	2	2	0	12
Finca	0	0	1	0	0	1	2
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 4: Distribución espacial del tipo de vivienda según zona.

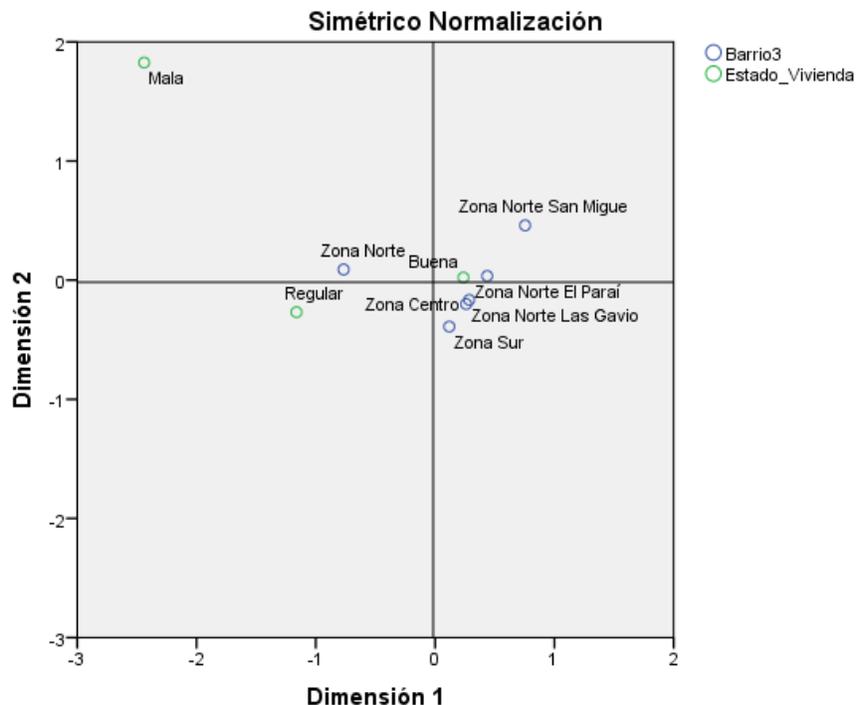
Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre el estado de la vivienda y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 8, Gráfica 5): en la zona norte (resto) 20 jóvenes perciben el estado de la vivienda como buena, 8 jóvenes como regular y uno como mala. Los barrios de la zona norte El Paraíso 13 jóvenes perciben el estado de la vivienda como buena y una como mala, en la zona norte Las Gaviotas los jóvenes que perciben la vivienda como buena son 17, y dos como regular. Para la zona norte San Miguel 10 de los jóvenes perciben un buen estado de su vivienda, en la zona centro 8 jóvenes perciben su vivienda como buena y una regular y para la zona sur 6 jóvenes perciben el estado de su vivienda como bueno y 1 como regular.

El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. La distribución por barrios del estado de la vivienda según la dimensión 1, la zona norte (resto) se asocia con un estado de la vivienda regular y buena. Todas las zonas se alejan de un estado de vivienda mala, aunque la zona norte (resto) es la más próxima. La zona norte de San Miguel se encuentra más cercana a una condición buena, igual para la zona norte El Paraíso, norte Las Gaviotas, zona centro y zona sur. La zona norte San Miguel no se asocia con un estado de la vivienda regular pero si se asocia a las demás zonas (Gráfica 5). En el análisis biespacial (Gráfica 5) la calidad mala no se encuentra asociada a las viviendas del estudio.

Tabla 11: Tabla de contingencia del estado de la vivienda según zonas.

Tabla de correspondencias							
Estado de la Vivienda	Zonas de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Buena	20	13	17	10	8	6	74
Regular	8	1	2	0	1	1	13
Mala	1	0	0	0	0	0	1
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 5: Distribución espacial del estado de la vivienda según zonas.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

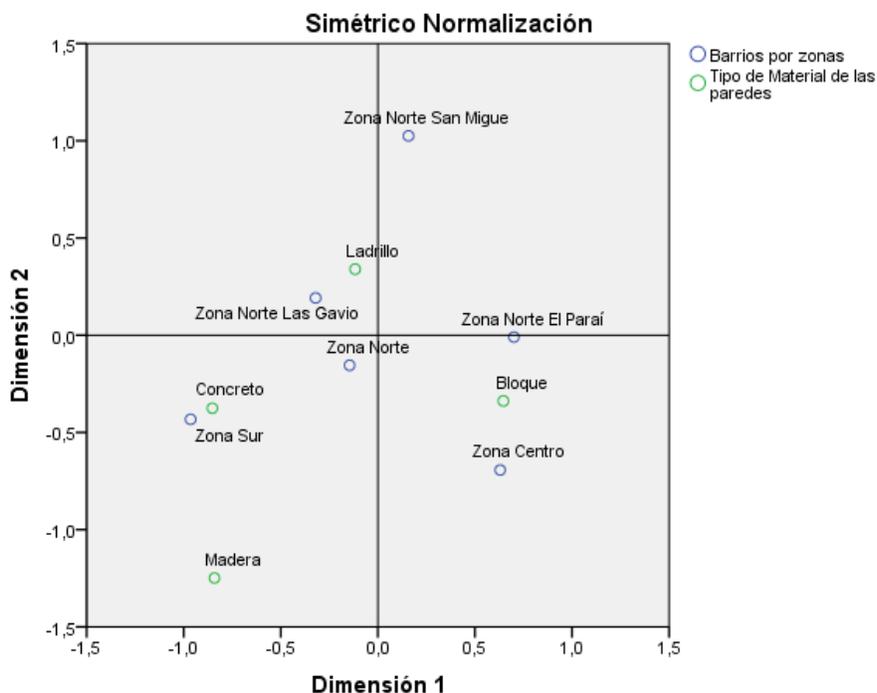
El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre el tipo de material de las paredes y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 9, Gráfica 6): en la zona norte (resto), 16 jóvenes se asocian a la vivienda con ladrillo como tipo de material para las paredes, 8 jóvenes con paredes de bloque, 3 jóvenes de viviendas con paredes de concreto y 2 jóvenes de viviendas de paredes de madera. Para la zona Norte El Paraíso, 7 jóvenes sitúan al tipo de material de las paredes en ladrillo, 6 en bloques y 1 en concreto. Para la zona norte Las Gaviotas, los jóvenes con tipo de material de las paredes de ladrillo son 12, 4 en bloque, 2 en concreto y 1 en madera. En la zona norte San Miguel hay 8 jóvenes con viviendas de ladrillo en sus paredes y dos en bloque. Para la zona centro hay 4 jóvenes con un tipo de material de las paredes como el ladrillo, 4 en bloque y 1 en madera. Y en la zona sur se distribuye para ladrillo 4 jóvenes, 1 para bloque, 1 para concreto y 1 para madera.

El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). La distribución espacial según el tipo de material de las paredes, el material de bloque tiene mayor relación con las zonas El Paraíso, centro y norte (resto). Para el ladrillo se encuentran la zona norte San Miguel, Las Gaviotas y norte (resto). La zona sur está mucho más cerca de material de concreto pero también de madera, pero sin alejarse del material de ladrillo y bloque (Gráfica 6).

En el análisis biespacial (Gráfica 6) la zona norte San Miguel presenta poca asociación con los tipos de material de las paredes con cercanía únicamente con ladrillo. Además la madera también presenta poca asociación con las zonas de barrios, con mayor cercanía en la zona sur.

Tabla 12: Tabla de contingencia del tipo de material de las paredes de la vivienda según zonas.

Tabla de correspondencias							
Tipo de Material de las paredes	Zonas de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Ladrillo	16	7	12	8	4	4	51
Bloque	8	6	4	2	4	1	25
Concreto	3	1	2	0	0	1	7
Madera	2	0	1	0	1	1	5
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 6: Distribución espacial de tipo de material en las paredes de la vivienda por zona de barrios.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

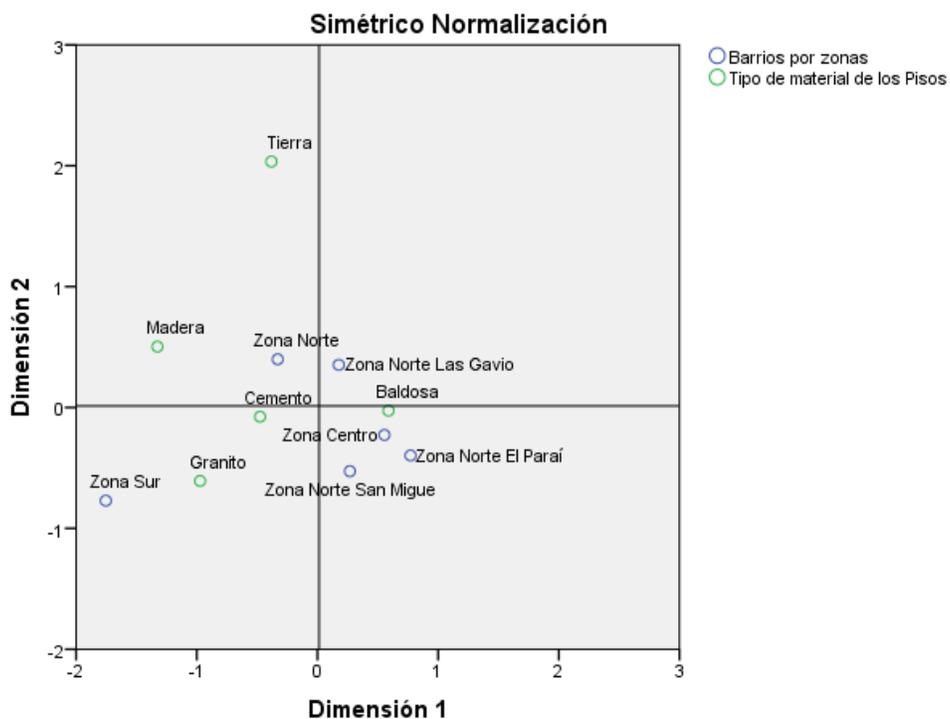
El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre el tipo de material de los pisos y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 10, Gráfica 7): la zona norte (resto) 2 jóvenes están en vivienda con el piso de madera, 12 jóvenes con piso de baldosa, 10 jóvenes con piso de cemento, 3 con granito y 2 con tierra. En la zona norte El Paraíso hay 11 jóvenes con piso de baldosa, 2 jóvenes con piso de cemento y 1 de granito. Para la zona norte Las Gaviotas hay 1 joven en vivienda con piso de madera, 11 de baldosa, 5 jóvenes con pisos de cemento, uno de granito y 1 de tierra. En la zona norte San Miguel 6 jóvenes están en vivienda con piso de baldosa, 3 jóvenes con pisos de cemento y uno de granito. Para la zona centro 6 jóvenes están en vivienda con piso de baldosa y 3 jóvenes con pisos de cemento. Y la zona sur hay 1 joven en vivienda con piso de madera, 4 jóvenes de cemento y 2 jóvenes en viviendas con piso de granito.

El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). La zona sur se asocia con los pisos de granito según la dimensión 1 sin asociación con los pisos de tierra, aunque si un poco a pisos de madera y cemento. Para la zona centro y norte de San Miguel hay una asociación con pisos de baldosa, cemento y granito. Para la zona norte El Paraíso tiene asociación con pisos de baldosa cemento y granito. En la zona norte Las Gaviotas existe mayor asociación con pisos de baldosas, seguida de pisos de cemento pero también se muestra menos asociación con pisos de madera, granito y tierra (Gráfica 7).

En el análisis biespacial (Gráfica 7) presentan pisos de tierra con poca representación en las zonas de barrios. Y pisos de madera a pesar de estar un poco alejadas a la periferia presentan asociación con la zona norte (resto) y la zona sur también está un poco aislada con poca representación.

Tabla 13: Tabla de contingencia del tipo de material de los pisos de la vivienda según zonas.

Tabla de correspondencias							
Pisos	Zona de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Madera	2	0	1	0	0	1	4
Baldosa	12	11	11	6	6	0	46
Cemento	10	2	5	3	3	4	27
Granito	3	1	1	1	0	2	8
Tierra	2	0	1	0	0	0	3
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 7: Distribución espacial para el tipo de material de los pisos en zonas.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

5.5. Tipo de hogar según los servicios públicos

El 100% de los jóvenes proceden de hogares que cuentan con el servicio público de energía, el 90,9% con acueducto, el 89,8% con alcantarillado, el 72,7% con gas natural e internet, el 88,6% vive en hogares que tienen parabólica o televisión por cable y el 76,1% y 77,3% tienen viviendas con condiciones de urbanismo: ubicadas en calles pavimentadas y árboles (Tabla 11).

		n	%
Energía	Sí	88	100,00
	No	0	0,00
Acueducto	Sí	80	90,90
	No	8	9,10
Alcantarillado	Sí	79	89,80
	No	9	10,20
Gas Natural	Sí	64	72,70
	No	24	27,30
Internet	Sí	64	72,70
	No	24	27,30
Parabólica	Sí	78	88,60
	No	10	11,40
Urbanismo (Calle Pavimentada)	Sí	67	76,10
	No	21	23,90
Urbanismo (Árboles)	Sí	68	77,30
	No	20	22,70

Tabla 14: Distribución de frecuencias de los niños/as en hogares con servicios públicos.

5.5.1. Distribución espacial de los servicios públicos.

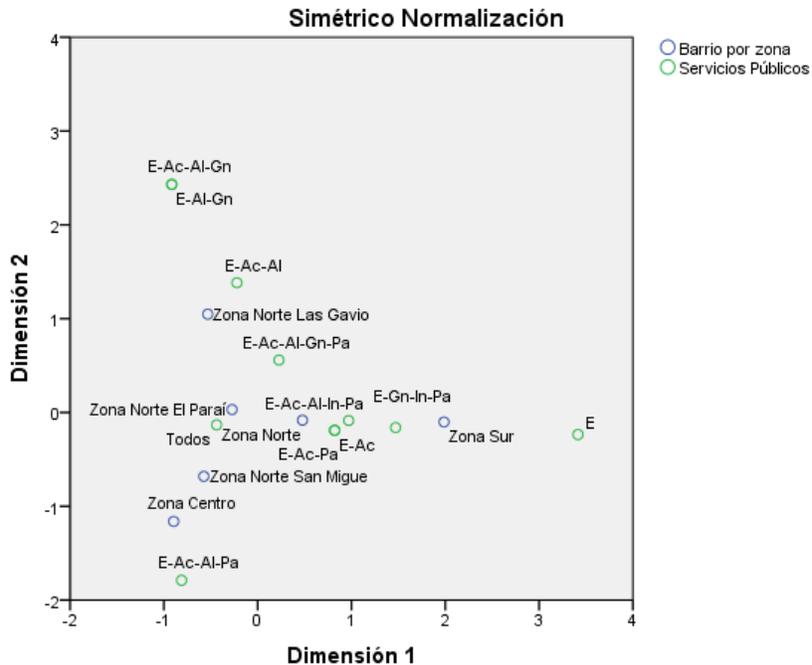
El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre los servicios públicos de la vivienda y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 12, Gráfica 7). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. En la zona norte tienen todos los servicios (Energía-E, Acueducto-Ac, Alcantarillado-Al, Gas Natural- Gn, Internet-In y Parabólica-Pa), sin embargo pueden presentar un variado conjunto de servicios ya que pueden tener E-Ac-Al-In-Pa sin Gn, también en la zona norte El Paraíso tienen todos los servicios variando en no tener Ac-Al. En la zona norte Las Gaviotas presentan todos los servicios, variando espacialmente entre no tener In-Pa o Gn. En la zona de San miguel tienen todos pero en algunas ocasiones no tienen Gn e In. Entre la zona centro pueden al menos tener 4 servicios sin incluir el Internet y el Gas Natural. Y la zona sur puede no tener Acueducto y Alcantarillado o solo tener el servicio de Energía (Grafica 8). El análisis biespacial (Grafica 8) muestra que los E-Ac-Al-Gn y E-Al-Gn están bastantes alejados de las zonas de barrios. La E (Energía) se encuentra en la periferia un

poco alejado de la zona de barrios con poca representación en la zona sur. Y la E-Ac-Al-Pa también se encuentra un poco en la periferia pero con representación en la zona centro.

Tabla 15: Tabla de contingencia de los servicios públicos de la vivienda según zonas.

Tabla de correspondencias								
Fila	Servicios Públicos	Zonas de Barrios						Total
		Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
1	Todos	11	10	11	8	7	1	48
2	E-Ac-Al-In-Pa	7	0	1	1	0	2	11
3	E-Ac-Al-Gn-Pa	2	3	2	0	0	1	8
4	E-Ac-Al-Gn	0	0	1	0	0	0	1
5	E-Gn-In-Pa	3	1	0	0	0	2	6
6	E-Ac-Al-Pa	1	0	0	1	2	0	4
7	E-Ac-Pa	2	0	0	0	0	0	2
8	E-Ac-Al	2	0	3	0	0	0	5
9	E-Al-Gn	0	0	1	0	0	0	1
10	E-Ac	1	0	0	0	0	0	1
11	E	0	0	0	0	0	1	1
Total		29	14	19	10	9	7	88

Nota= Energía-E, Acueducto-Ac, Alcantarillado-Al, Gas natural-Gn, Internet-In y Parabólica-Pa.



Gráfica 8: Distribución espacial de servicios públicos por zonas.

Nota= Energía-E, Acueducto-Ac, Alcantarillado-Al, Gas natural-Gn, Internet-In y Parabólica-Pa.

Las Gaviotas = Las Gaviotas, El Paraíso= El Paraíso, San Miguel= San Miguel.

5.6. Distribución de la muestra por hogares según tipo y origen de los servicios básicos

Los hogares de los jóvenes según el agua para consumo provienen del acueducto con el 86,4% y de pozo el 13,6%. La cual el 80,7% es agua filtrada. El agua para cocinar y para el baño es de acueducto con el 88,6% y el 11,4% es de pozo. Con el 85,2% el agua para lavar la ropa es de acueducto y el 14,8% de pozo. La energía para cocinar es gas natural con el 65,9%, gas de pipeta con el 30,7% y solo el 3,4% cocinan con leña (Tabla 13).

		N	%
Agua para consumo	Pozo	12	13,6
	Acueducto	76	86,4
Filtrada	Sí	71	80,7
	No	17	19,3
Agua para cocinar	Acueducto	78	88,6
	Pozo	10	11,4
Agua para el Baño	Acueducto	78	88,6
	Pozo	10	11,4
Agua para lavar la ropa	Acueducto	75	85,2
	Pozo	13	14,8
Energía para cocinar	Luz	3	3,4
	Gas de Pipeta	27	30,7
	Gas Natural	58	65,9
Unidad Sanitaria	Sí	87	98,9
	No	1	1,1

Tabla 16: Distribución de frecuencias de la infraestructura de saneamiento básico.

La deposición de las aguas residuales de los hogares de los jóvenes es realizada en el alcantarillado con el 72,7%, pozo séptico con 14,8%, campo abierto con 5,7% y río de 2,3%. La deposición de las basuras más representativa con el 90,9 % es recolectada por el camión de basuras, y el 4,5% es depositado en terrenos baldíos. Sin cercanía a caños (77,3%) y ciénagas (85,2%) (Tabla 14).

		n	%
Deposición de aguas residuales	Pozo Séptico	13	14,8
	Río	2	2,3
	Campo Abierto	5	5,7
	Ciénaga	4	4,5
	Alcantarillado	64	72,7
Deposición de basuras	Quema	2	2,3
	Camión	80	90,9
	Río	1	1,1
	Campo Abierto	1	1,1
	Terreno Baldío	4	4,5
Caño	Sí	20	22,7
	No	68	77,3
Ciénaga/Río	Sí	13	14,8
	No	75	85,2

Tabla 17: Distribución de jóvenes por deposición de aguas residuales, deposición de basuras, caños y ciénaga.

5.6.1. Distribución espacial de deposición de aguas residuales y basuras

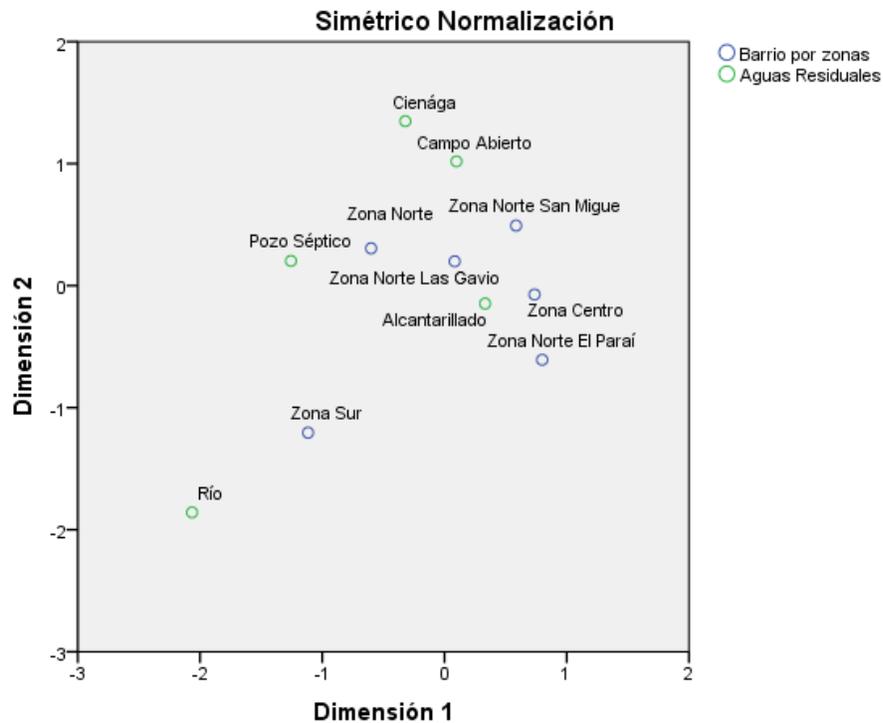
El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre la deposición de aguas residuales y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 15, Gráfica 9): para la zona norte (resto) utilizan el pozo séptico (8 jóvenes), el río (1 joven), campo abierto (2 jóvenes), ciénaga (2 jóvenes) y alcantarillado (16 jóvenes). En la zona norte El Paraíso hay 14 jóvenes que utilizan el alcantarillado. Para la zona norte Las Gaviotas hay pozo séptico (3 jóvenes), campo abierto (1 joven), ciénaga (1 joven) y alcantarillado (14 jóvenes). En la zona norte San Miguel hay 1 joven para campo abierto, ciénaga (1 joven) y alcantarillado (8 jóvenes). Para la zona centro hay campo abierto (1 joven) y alcantarillado (8 jóvenes). Y en la zona sur hay uso de pozo séptico (2 jóvenes, río (1 joven) y alcantarillado (4 jóvenes) para la deposición de aguas residuales.

El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). La espacialidad distribuida por barrios de las deposición de aguas residuales, indican que las zonas norte, norte San Miguel, cierta parte del norte Las Gaviotas, se distribuyen por pozo séptico, campo abierto y ciénaga, aunque la zona norte Las Gaviotas

también tienden a usar alcantarillado igual que la zona centro y norte El Paraíso. La zona sur también usa alcantarillado pero a su vez realizan la deposición de aguas residuales en el río (Gráfica 9). El análisis biespacial el río no está poco relacionado con el modo de deposición de aguas residuales en la mayoría de los barrios y la zona sur se asocia poco. Pero que el resto de formas de deposición de aguas residuales se asocian entre la mayoría de los barrios.

Tabla 18: Tabla de contingencia de deposición de aguas residuales de la vivienda según zonas.

Tabla de correspondencias							
Deposición de Aguas Residuales	Zona de barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Pozo Séptico	8	0	3	0	0	2	13
Río	1	0	0	0	0	1	2
Campo Abierto	2	0	1	1	1	0	5
Ciénaga	2	0	1	1	0	0	4
Alcantarillado	16	14	14	8	8	4	64
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 9: Distribución espacial de la deposición de las aguas residuales por zonas.

Las Gaviotas = Las Gaviotas, El Paraíso = El Paraíso, San Miguel = San Miguel.

El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre la deposición de basuras y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 16, Gráfica 10): en la zona norte hay 28 jóvenes con deposición de basuras en el camión recolector y 1 joven en terrenos baldío. En la zona norte El Paraíso solo hay 14 jóvenes para deposición camión. Para la zona norte Las Gaviotas hay 18 jóvenes para deposición de basuras en camión y 1 para terreno baldío. El norte San Miguel hay 8 jóvenes para camión, 1 joven para río y 1 para terreno baldío. Para la zona centro hay para camión 7 jóvenes y 2 para terreno baldío. Y en la zona sur hay 2 jóvenes para quema de basuras y 5 jóvenes para camión. El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, es estadísticamente significativo con valor de $p=0,001$; $\chi^2 = 37,912$ con 15 grados de libertad, en los que se evidencia una asociación estadística entre las variables de deposición de basuras y la zonas de barrios, dando importancia principalmente a la dimensión 1 con una inercia (,274) fuerte (Tabla 17).

Tabla 19: Tabla de contingencia de deposición de basuras de la vivienda según zonas.

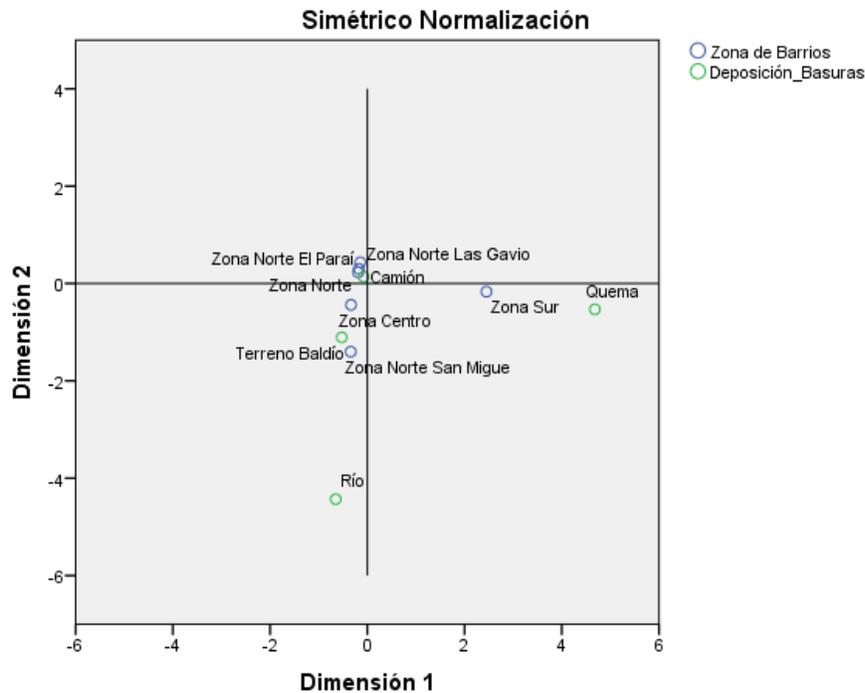
Tabla de correspondencias							
Deposición de Basuras	Zonas de barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Quema	0	0	0	0	0	2	2
Camión	28	14	18	8	7	5	80
Río	0	0	0	1	0	0	1
Terreno Baldío	1	0	1	1	2	0	5
Total	29	14	19	10	9	7	88

Tabla 20: Prueba de Chi cuadrado para deposición de basuras según zonas.

Resumen								
Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación
1	,524	,274			,636	,636	,154	,040
2	,316	,100			,232	,869	,123	
3	,238	,057			,131	1,000		
Total		,431	37,912	,001 ^a	1,000	1,000		

a. 15 grados de libertad

Para la deposición de basuras espacialmente, las zonas de barrios principalmente usan el camión como recolector de basuras. En la zona norte, zona norte Las Gaviotas, San Miguel y zona centro se asocian al uso de terreno baldío para la deposición de basuras. En cambio, sólo la zona norte de San Miguel hace uso del río para depositar basura. Y la zona sur se asocia al uso de la quema como forma de destruir la basura (Gráfica 10). El análisis biespacial presenta el río poca asociación con la mayoría de los barrios ya que se encuentra muy lejos del centro. La quema como deposición de basuras también se encuentra poco asociado con los barrios, con poca relación a la zona sur. Hay mayor agrupación por la superposición de los barrios con las diferentes formas de deposición de aguas residuales (Gráfica 10).



Gráfica 10: Distribución espacial de la deposición de basuras por zonas.

Las Gaviotas = Las Gaviotas, El Paraíso= El Paraíso, San Miguel= San Miguel.

5.7. Sistema de atención en salud y seguridad social

El 88,6% de los jóvenes tienen EPS, distribuidos en: Red Vital (15,9%), Coomeva (15,9%), Saviasalud (14,8%), Coosalud (13,6%), Medimás (12,5%), Particular (12,5%), Nueva EPS (10,2% y AIC (4,5%). Sus lugares de atención varían desde la Clínica Pajonal (37,5%), Hospital CUP (33%) IPS Génesis (17%) y Promedan (12,5%) (Tabla 18).

		N	%
EPS	Si	78	88,60
	No	10	11,40
Nombre de la EPS	Red Vital	14	15,90
	Coomeva	14	15,90
	Saviasalud	13	14,80
	Nueva EPS	9	10,20
	Coosalud	12	13,60
	Medimás	11	12,50
	Particular	11	12,50
	AIC	4	4,50
Lugares de atención	Génesis	15	17,00
	Promedan	11	12,50
	Clínica Pajonal	33	37,50
	Hospital CUP	29	33,00
Régimen	Contributivo	46	52,30
	Subsidiado	42	47,70

Tabla 21: Distribución de frecuencias por EPS, Lugar de atención y régimen de salud.

5.7.1. Distribución espacial por zona de la EPS y lugar de atención de la EPS

El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre EPS y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 19, Gráfica 11). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, es estadísticamente significativo con valor de $p=0,048$; $\chi^2 = 49,961$ con 35 grados de libertad, en los que se evidencia una correlación entre las variables de atención EPS y la zonas de barrios, dando importancia principalmente a la dimensión 1 con una inercia (,252) fuerte (Tabla 20). La distribución espacial según la EPS, se centra en la zona sur con Red Vital, Saviasalud y Coomeva. La zona centro tiene mayor atención de EPS Coomeva y Particular. La zona norte El Paraíso se encuentra con mayor concentración en la EPS Medimás y AIC. La zona norte con Coosalud y Medimás. La zona norte San Miguel es al mismo tiempo Particular y con Nueva EPS. Y la zona norte Las Gaviotas con Saviasalud, AIC, Red Vital y Medimás (Gráfico 11). El análisis biespacial de la muestra presentan poco asociación de la zona sur a las diferentes EPS de

la región. La zona centro presenta mayor asociación con la EPS Coomeva pero que ambas se encuentran alejadas o poca asociadas en las mayoría de los barrios.

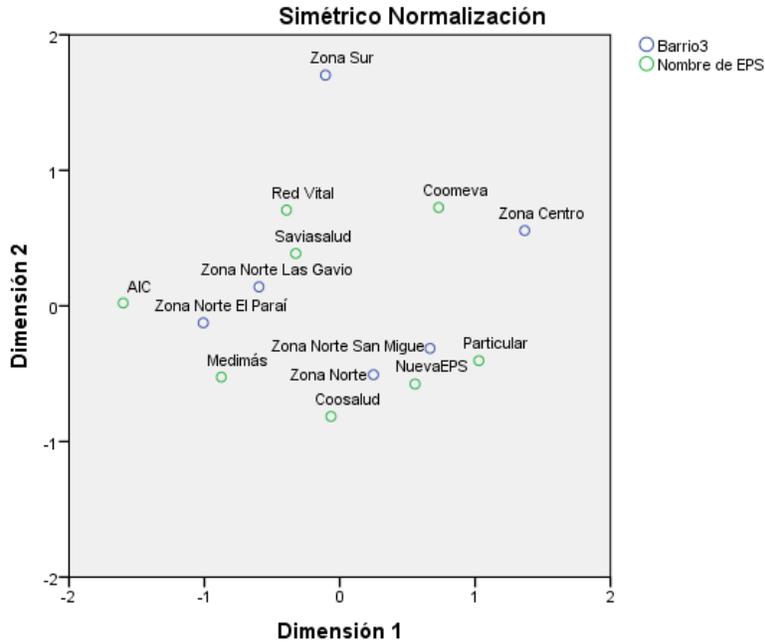
Tabla 22: Tabla de contingencia de EPS según zonas.

Tabla de correspondencias							
Nombre de EPS	Zonas de barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Red Vital	3	4	2	1	1	3	14
Coomeva	4	0	3	1	4	2	14
Saviasalud	3	1	5	2	0	2	13
Nueva EPS	3	1	1	3	1	0	9
Coosalud	7	1	3	1	0	0	12
Medimás	4	4	3	0	0	0	11
Particular	5	1	0	2	3	0	11
AIC	0	2	2	0	0	0	4
Total	29	14	19	10	9	7	88

Tabla 23: Prueba de Chi cuadrado para EPS según zonas.

Resumen								
Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	,502	,252			,443	,443	,078	-,086
2	,365	,133			,234	,677	,077	
3	,293	,086			,151	,829		
4	,243	,059			,104	,933		
5	,195	,038			,067	1,000		
Total		,568	49,961	,048 ^a	1,000	1,000		

a. 35 grados de libertad



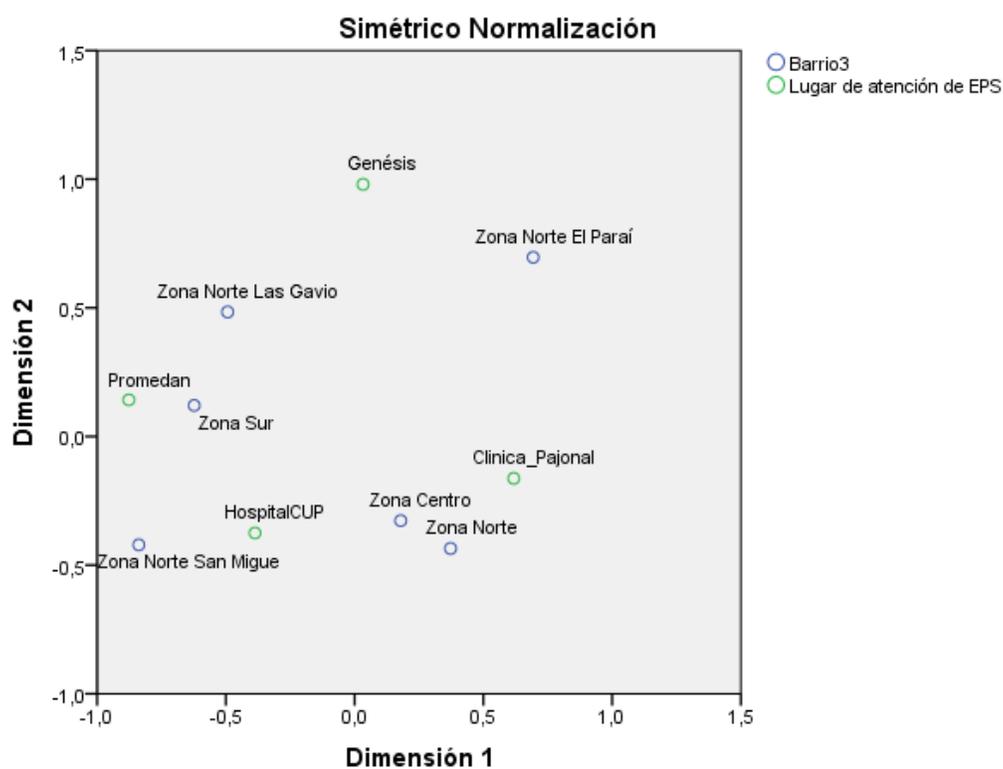
Gráfica 11: Distribución espacial de EPS y zonas.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

El análisis de correspondencias simple por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre el lugar de atención de EPS y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 21, Gráfica 12). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). El lugar de atención de la EPS en la zona norte El Paraíso se distribuye entre la IPS Génesis y la Clínica Pajonal, zona norte Las Gaviotas entre IPS Promedan y IPS Génesis. La zona sur con Promedan y el Hospital CUP (Cesar Uribe Piedrahita). La zona norte San Miguel entre Promedan y Hospital CUP y la zona centro y norte entre la Clínica Pajonal y Hospital CUP (Gráfica 12). El análisis biespacial en la muestra se observa poca representación tanto de la IPS Génesis en la mayoría de los barrios, con mayor concentración en la zona norte El Paraíso que está igualmente alejado de los demás lugares de atención. No hay concentración de los barrios en diferentes lugares de atención ya que se encuentran muy periféricos los barrios y lugares de atención.

Tabla 24: Tabla de contingencia de Lugar de atención de la EPS según zonas.

Tabla de correspondencias							
Lugar de atención de EPS	Zonas de barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Génesis	3	4	5	1	1	1	15
Promedan	2	1	3	2	1	2	11
Clínica Pajonal	14	7	4	2	4	2	33
Hospital CUP	10	2	7	5	3	2	29
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 12: Distribución espacial del lugar de atención de la EPS según la zonas.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

5.7.2. Condiciones del sistema de salud expresados por los jóvenes

Los datos se basaron en información etnográfica recolectada por observación y entrevistas realizados a los jóvenes y padres de familia. El objetivo de este análisis fue conocer cómo influyen sobre el estado de salud las características individuales y del entorno económico y social de las personas. Algunas observaciones apuntaron a determinar los factores que impiden a la

comunidad el tratamiento médico cuando están asociados al tiempo, al territorio y a la atención; las formas de cuidado durante la enfermedad como el uso de medicamentos, los cuidados en casa y propios.

Se pudo constatar que hay unas formas de cuidados durante la enfermedad y algunos factores familiares y culturales que impiden iniciar un tratamiento médico. Dentro de estos procesos, el uso de medicamentos puede convertirse en un impedimento debido a que los jóvenes y padres de familia insisten en que estos “nos tropieza una recuperación rápida porque han explicado que ellos...medicamentos, están compuestas más de químicos que pueden dañar nuestros órganos, que no nos ayuda en completo a lo que tenemos sino que nos daña otro lado...órgano que esta bueno” (Entrevista en campo a: L.e.v. 22Abril2018), además que “las farmacias de las EPS entregan los medicamentos tardes porque nunca tienen ni acetaminofén que mandan los doctores, entonces nos toca comprarlos particulares y no hay plata...dinero, entonces toca ir a medicinas naturales, buscar en internet videos y páginas web con recetas y tratamientos con plantas que se puede tomar y se va también a tiendas naturistas y no se sabe si son o no efectivos” (Entrevista en Campo a: J.R. 22Abril2018); los jóvenes y adultos tienen una idea preconcebida que al estar aferrados a la religión, los medicamentos están en segundo plano debido a las creencias religiosas de la sanación por la oración que puede ser de la religión cristiana o católica.

Es importante rescatar, además de la creencia en que es necesario el reposo pero que no ayuda completamente sin la debida atención en casa porque el reposo a pesar de “ser un estado de tranquilidad “ se convierte en un “estado de angustia, estrés, para alguien que hace de todo que no se está quieto es difícil produciéndole [sic] mucho más dolor, porque entonces en la casa se debe todos [sic] permanecer juntos apoyando al enfermo y dándole ánimo para que se recupere rápido y en todo momento estar en oración” (Entrevista en campo a: K.a. 4Mayo2018). Por tanto,

en cada cultura se establece las categorías de las cosas, en lo encontrado, los jóvenes las clasifican como "limpias y puras" o "sucias e impuras" a ciertas cosas en su entorno, basadas en determinantes de prácticas y conocimientos ligados a esas establecidas en la sociedad, pero también a asociaciones que les permite comprender su medio, ellos explican que “nosotros estamos limpios y puros cuando no estamos enfermos, cuando estamos en forma y felices, si tenemos a Dios en nuestro corazón” es decir, no ven solo las cosas como limpias sino también el cuerpo como algo que se puede limpiar y quedar puro siempre y cuando Dios entre en sus vidas (Entrevista en campo a: E.r. 18Abril2018), por otro lado “lo sucio o impuro es algo que está enfermo, contaminado ya sea por enfermedades o alguna tierra o grasa, o algún maleficio, es difícil quitar por ejemplo la sangre sucia o cochina (Leucemia o cáncer de la sangre) porque ellos se acaban [sic] rápidamente y no hay cura” (Entrevista en campo a: E.r. 18Abril2018). La salud como la enfermedad están regidas por leyes naturales y sociales, que reflejan una influencia dada por el medio y las condiciones higiénicas, por tanto hay una relación imaginaria que, idealmente, es armoniosa entre el hombre y su medio ambiente. “por ejemplo si la tierra está que no deja ni vivir una hierba, esto puede decir que hay hongos y que alguien puede caer enfermo y eso ocurre, ya paso en la casa, estábamos en la sala cuando mi hijo empezó a estornudar y yo me preocupe aquí hay algo raro pensé, así que fui donde un médico naturista y fue a mi casa y me dijo que el patio había hongos y eso había afectado al niño [sic], así que me dio varios remedios y un líquido para el patio, ya después de eso mi hijo se alivió” (Entrevista en campo a: l. r. 18 de Abril2018), además para la limpieza muchos no usan muchos productos naturales porque piensan que no son efectivos y al usar productos químicos fuertes pueden llegar a tener alergias en la piel o en el sistema respiratorio “la limpieza queda en segundo plano porque no puedo usar clorox o Ajax en polvo (polvo para piscina), al mandar a otro no queda bien hecho y eso queda sucio, así la tos es

más fuerte, y al usar productos mucho más naturales uno no sabe dónde proceden pero es mejor usarlos, además que pueden traer cosas que causen más males” (Entrevista en campo a: R.L. 28Abril2018).

Para empezar la enfermedad se describe como un ente independiente que es capaz de generar cambios en el individuo y que desde lo religioso se asume como un resultado de la lucha entre las fuerzas del mal y el hombre. Las enfermedades crónicas presentan el problema derivado de su alta frecuencia y distribución en las poblaciones humanas. Entre ellas están las patologías cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, presentes también en Caucasia, debido a que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de Mortalidad en el Municipio de Caucasia, durante el periodo del 2005 al 2014, alcanzando su mayor registro en el año 2008 con una tasa de 231, mostrando un significativo descenso, terminando el periodo de análisis con una tasa de 139 en el año 2014, lo que representa una leve reducción, pero mantiene su tendencia de primer lugar de mortalidad. Sin embargo en la semaforización de la tasa de mortalidad la enfermedad de diabetes mellitus ocupa el 3° puesto con 22,67% con descenso para el 2014, las enfermedades del sistema respiratoria para el 2014 estaba con un 44% presentes en la población (Secretaria de salud y Desarrollo social, 2016, pp. 40-59). “En donde las enfermedades son un reflejo de la inequidad y la desigualdad en la salud principalmente en poblaciones de bajos y medianos ingresos, como resultado de la diferencia en los procesos sociales de prevención. Y cada comunidad comprende a la enfermedad desde sus conocimientos y sigue las orientaciones y los cuidados transmitidos mediante hábitos, rituales, y diversas técnicas de atención o incluso restricciones en el uso de algunas terapias de la medicina moderna” (Entrevista en campo a: Secretario de Salud, 24Marzo2018).

En cuanto a la identificación de barreras para recibir los servicios de salud, estas pueden ser personales, financieras, organizacionales y socioculturales. “Debido a que la atención durante una enfermedad, el paciente decide ir o no al médico, ya sea porque siente que es un desperdicio o se demora mucho tiempo para atenderlos en urgencia, y tiene que hacer otras cosas, además que ciertas EPS para ser atendidas en clínicas u hospitales deben pagar un copago y que donde van a ser atendidos no está completamente higiénico. Por tanto muchos recurren a centros naturistas o incluso se refugian únicamente en la iglesia buscando un alivio” (Entrevista en campo a: r. h. 20Abril2018). Asimismo, “la salud puede ser visto como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para ejecutar de manera efectiva unos roles y tareas, teniendo en cuenta el individuo en sí mismo, al sistema social en que se encuentra y las tradiciones que tiene” (Entrevista en campo a: a. b. 20Abril2018) porque según explican los entrevistados las personas cuando caen enferma ya tienen que dejar de hacer ciertas cosas que les garantizaba ciertos soportes en la sociedad por lo que se sienten amenazados e incluso encarcelados, como si se “fallaran a sí mismos” para ayudar a su familia, sintiendo rechazo por parte de ciertos grupos por estar enfermos.

5.7.2.1. Satisfacción por los servicios de salud

En cuanto a la satisfacción de los servicios de salud, la percepción de los jóvenes y de los padres varía desde los que responden “muy satisfecho” por dar una buena atención en ciertos momentos, a los que responden “algo satisfecho” porque no siempre dan citas a tiempo para especialistas, o por no otorgar al paciente los medicamentos completos “por no haberlos enviado la EPS o porque el servicio fue bueno pero “puede mejorar” (Entrevista en campo a: dpb. 14Abril2018). Por otro lado, algunos responden estar “algo insatisfecho” por la demora en el servicio para una cita, no entregan ningún medicamento necesario y vital y por no tener dinero

para el traslado de un paciente a otra ciudad para cumplir a tiempo citas prioritarias o cuando está hospitalizado. Los que responden estar “muy insatisfecho” es generalmente porque están expuestos a dar muchas vueltas para la autorización de los especialistas o los exámenes y también por no haber agenda para médicos o por la falta de atención cuando realmente el paciente la necesita ya sea en un hospital o clínica (Entrevista en campo a: J.P. 4Mayo2018).

Desde un análisis sobre las inquietudes en temas de atención, los jóvenes y adultos respondieron que “todas las clínicas y hospitales deberían tener una mejor atención, debido a que la salud de ellos (los usuarios) la manejan a su antojo en las EPS” (Entrevista en campo a: C.M 22Mayo2018) cuyo “déficit en la atención es grande por el tiempo de dar una cita y dar una autorización”, otras apreciaciones relacionadas fueron que notan “la no entrega de citas a tiempo y la demora en entregar las autorizaciones”, por tanto la salud percibida por los jóvenes también influye la “falta de atención por parte de los funcionarios en los centros de salud” (Entrevista en campo a: M.M 22Mayo2018), porque según los jóvenes y los padres no se sienten bien asesorados cuando van por alguna inquietud y además se añade a eso que los médicos no hacen un reconocimiento a fondo debido a que varios médicos al día atienden a muchos pacientes y el tiempo para cada cita es de 20 minutos independiente si es control o consulta general, por lo que opinan que “la falta de un buen médico que tome a consideración en los asunto del cómo nos sentimos realmente y no la que ellos quiere que nosotros debemos sentir, porque no hay muchas opciones de médicos y en la región no hay especialistas” (Entrevista de campo a: I.p 23Mayo2018). Por tanto se pudo entender que hay una relación entre médicos-pacientes es el interés y motivación y el tiempo de escucha que se tome para el diagnóstico adecuado de los problemas, donde es necesario una explicación que no les pueda causar malestar y puedan entender, medicando para disminución de la discapacidad.

En las preocupaciones sobre mala infraestructura se pudo observar que “hay muchos enfermos que cuando se va a la clínica u hospital en donde ingresarlos, y el miedo que es que medio uno va enfermo y se contagia de algo mucho peor... de cosas raras” y por tanto, se puede producir una “mala atención con médicos ineficientes y un lugar no apetecible donde no estar”, es mejor “estar en casa para una recuperación más lenta pero mucho más confiables [sic] en muchos casos” (Entrevista en campo a: s.f. 17Abril2018). Pero sin embargo, también se encuentran personas en las que no hay ningún tipo de inquietudes ya sea por no responder o decir que no tienen problemas con la salud actualmente. Debido a que comentan que “no han tenido problemas ya que han sentido que todos los problemas de salud, cuando han tenido algún quebranto y han acudido al médico les han solucionado todo, me entregan los medicamento en tiempo [sic] y las citas han sido puntuales, y me dan las citas con especialistas con tiempo para buscar la plata...dinero ara el viaje y el donde quedarme”. Al mismo tiempo, ellos critican a esas personas que dicen “que las EPS son malas o de mala calidad, sino les gusta estar en esa EPS porque ya no se cambian y ya, porque quejarse que tal entidad es mala sino es porque no hacen na’ [sic] y eso es muy fastidioso”, además “sino disponen de dinero para viajar por qué no han buscado ayuda del SISBEN pero como se creen ricos y eso apenas es de pobres, porque el SISBEN si me ha ayudado cuando no puedo viajar porque no tengo dinero, ellos me pagan los pasajes y el lugar donde me quedo, yo me rebusco la comida, esas personas que se quejan son falto [sic] de pensamiento para ayudarse también” (Entrevista en campo a: C.o 22Mayo2018).

5.7.2.2. Cubrimiento de necesidades de los servicios de salud

La mayoría de los jóvenes estudiados comentan acerca de las entidades promotoras de salud al decir que éstas “cubren las necesidades de salud, pero creo que debieran incluirse algunas otras atenciones” (Entrevista en campo: J.R. 22Abril2018), porque requieren otros servicios adicionales para cubrir completamente sus necesidades, como especialistas en la zona para evitar

viajar a otras ciudades, que los medicamento recetados siempre estén disponibles y que las urgencias puedan atender bien en cualquier entidad de salud. Además varios afirman que la entidad "no cubre las necesidades en salud" por tanto para mejorar la salud en la comunidad y cubrir las necesidades debe haber "agilidad en las citas y mayor oferta de médicos" (Entrevista en campo a: L.B. 27Abril2018). Se debe hacer además un aseo y manejo ambiental de las EPS; los problemas de aseo por los jóvenes explican que "cuando entran al hospital, la suciedad en las paredes y en las baldosas se nota como cuando no hacen aseo en días, las camillas están oxidadas y ni ganas dan acostarse allí y los baños son usados tanto para enfermos como para los acompañantes sin una papelera adecuada y un inodoro sucio" y el problema ambiental está asociado con los olores, que allí se concentran y la deposición de las basuras a la hora de separarlas. Se debe contar "con una buena infraestructura y funcionarios con mayor amabilidad". Sin embargo, también hay quienes consideran que se les "cubre todas las necesidades de salud" y se sienten "cómodos" con lo que les ofrecen (Entrevista en campo a: R.f. 13 Marzo).

En cuanto a las inquietudes por enfermedad se pudo observar que la principal se centra en poder adquirir una enfermedad o "la presencia de algún tipo de enfermedad en la comunidad de la que todos pueden contagiarse" o la enfermedad propia "como pasar cansada y agotada constantemente" (Entrevista en campo a: I.R. 19Abril2018). Entre los encuestados hay preocupación en que tener o poseer una enfermedad es equivalente a que todos en la familia se enfermen más rápido ya que "el estrés puede causar dolores de cabeza" o que "la gripa sea más dura o de mucha más fiebre" y también en que padecer una enfermedad que "puede acabar a acabar a alguien rápidamente como la diabetes o el cáncer" (Entrevista en campo a: Clemencia, 19Abril2018).

Las preocupaciones en la entrega de medicamentos equivalen a que “al momento de enfermarse no hay disponibilidad de medicamentos” y que a su vez “no funcionen”. Las EPS tienen actualmente un “retraso para entregar los medicamentos hasta de la acetaminofén, que es lo que más recetan para cualquier dolencia”, “tocando ir a comprarlos de forma particular y cuestan mucho dinero”, por esto algunos también comentan que “no saber para que pagan un seguro costoso” (Entrevista en campo a: Clemencia, 19Abril2018).

Por lo que los factores que impiden un acceso oportuno a la salud tienden a tener que ver con la “atención” porque “nunca hay agendas en las clínicas u hospitales” dando “las citas para otras ciudades” y “la mayoría de veces no hay dinero para viajar y no hay como conseguirlo y no reembolsan el dinero”. Siempre hay “atrasos” porque “muchos no siempre sabe [sic] cómo tener los papeles en regla y demoran mucho para actualizarlos” (Entrevista en campo a: l.r. 18Abril2018). Por otro lado “no hay un acceso seguro a la salud”, entre las causas imaginadas por los jóvenes y sus familias están “por la corrupción” no “entregando un presupuesto factible del gobierno para la salud”, “dando los hospitales mal servicio y una mala administración de las entidades de salud principalmente en las regiones” (Entrevista en campo a: Jimena, 17Mayo2018). Sin embargo, “la falta de recursos genera en la comunidad un mal servicio o un mal trato”, “con una mala atención sin medicamentos y las citas no están cerca” y muchos no tienen dinero para asistir a un especialista que se encuentra en otra ciudad donde muchos no asisten. Por eso, “la infraestructura” es otro impedimento, “sin centros de salud buenos y solo de 1° y 2° nivel” y si la “persona no viene con un seguro o remitido de alguien conocido por alguna emergencia no lo atienden de una”, se debe tener “dinero” para una atención rápida (Entrevista en campo a: Jimena, 17Mayo2018).

5.8. Salud percibida, enfermedad y cuidado

5.8.1. La definición de salud/enfermedad por parte de los jóvenes

Según los jóvenes, la salud y la enfermedad están representando “el bien y el mal”. La salud se define como “ausencia de males”, solo “estar bien, sentirse bien, estar en forma”, es “no tener ningún problema” (Entrevista en campo a: G.R. 6Abril2018). Tener salud “es cuando la persona no padece ningún síntoma malo”, es “tener bienestar” (Entrevista en campo a: Jul, 6Abril2018). Sin embargo, los jóvenes de Caucasia relacionan el clima con la salud y definen la salud: “cuando el cuerpo responde bien al clima”, es “un estado de equilibrio del cuerpo”, “y no tener ninguna enfermedad” (Entrevista en campo a: E, I, S, 6Abril2018).

Al contrario la enfermedad “es no tener cuidado con nuestro cuerpo” (Entrevista en campo a: G.R. 6Abril2018), la enfermedad es “impureza”, “que como problema todos o la mayoría la sufren, pero no solo las personas también los animales o plantas por alguna razón” (Entrevista en campo a: E, I, S, 6Abril2018) y “se sienten mal” por “faltas de complementos energéticos” (Entrevista en campo a: Ed 9Abril2018). La enfermedad es un estado alterado “que funciona como algo extraño en nuestro cuerpo” produciendo “una alteración leve o grave dependiendo de la persona” (Entrevista en campo a: AI. 9Abril2018), sin embargo los entrevistados usan una definición cercana a otras de la OMS y es apariencia técnica una “alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa” (Entrevista en campo a: Keila, 9Abril2018). Sin embargo, se pudo encontrar una relación entre la salud y la publicidad, porque al mirar la televisión, radios, revista y el internet, se ofrecen productos para determinados problemas, que los jóvenes y padres de familia compran, pero a la hora de consumirlos no les funciona porque no tienen en cuenta su condición fisiológica actual (Recopilación de varias notas de campo).

5.8.2. La salud percibida por los jóvenes

La salud percibida por los jóvenes de la muestra se puede considerar que es buena (54,5%) para la mayoría de ellos, aunque hay otras situaciones percibidas con menos importancia: regular (28,40%), mala (10,2%) y excelente (6,8%) (Tabla 25).

		N	%
Salud en el último mes	Excelente	6	6,80
	Buena	48	54,50
	Regular	25	28,40
	Mala	9	10,20

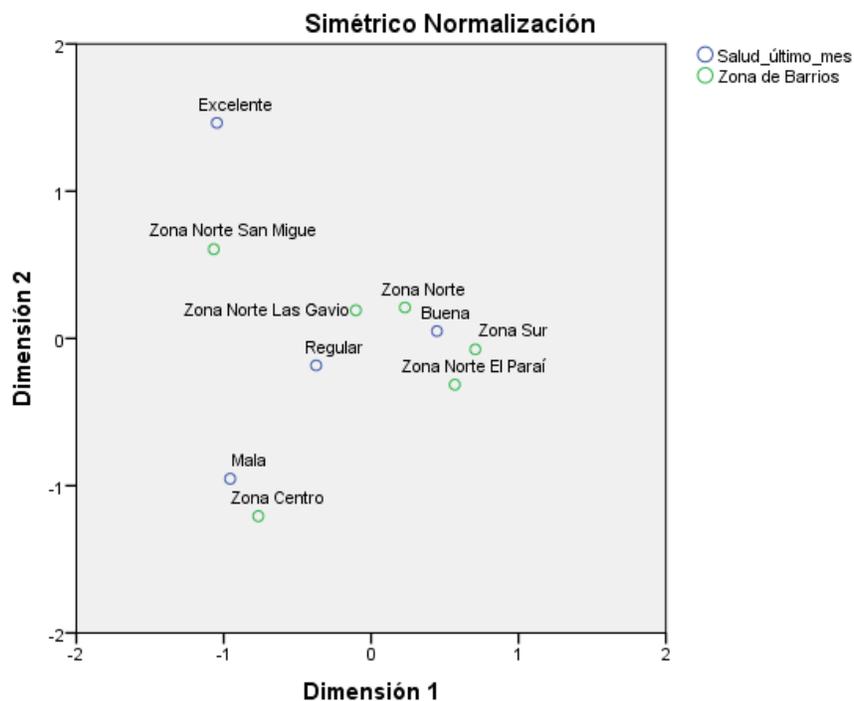
Tabla 25: Percepción del estado de salud según los jóvenes.

5.8.2.1. Distribución espacial de la salud percibida de los jóvenes según zonas

El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre la salud percibida y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 26, Gráfica 13). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). La zona norte de San Miguel se distribuye espacialmente con una salud percibida más hacia excelente pero a su vez alejada de una salud mala. Una variación en la zona norte Las Gaviotas, zona norte (resto) y zona norte El Paraíso con salud percibida entre buena, regular y un poco mala. Para la zona centro la opinión está mucho más cercana a una salud percibida como mala (Gráfica 13). El análisis biespacial en la muestra representa poca cercanía del estado de salud excelente con la mayoría de los barrios a pesar de estar más cerca de la zona norte San Miguel. Y la zona centro con un estado de salud mala se encuentran en la periferia sin mucha representación en las demás zonas y estados de salud (Gráfica 13).

Tabla 26: Tabla de contingencia de Lugar de atención de la salud percibida de los jóvenes según zonas.

Tabla de correspondencias							
Salud del último mes	Zona de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Excelente	2	0	2	2	0	0	6
Buena	18	10	11	3	3	5	50
Regular	8	3	4	4	4	2	25
Mala	1	1	2	1	2	0	7
Total	29	14	19	10	9	7	88



Gráfica 13: Distribución espacial de la salud percibida en jóvenes según las zonas.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

5.8.2.2. Distribución de las enfermedades entre los jóvenes

De la muestra de 88 jóvenes, hubo 34 jóvenes con salud percibida como regular y mala y entre ellos las enfermedades se distribuyeron con el 17,6% endocrinas, nutricionales y metabólicas tales como: tiroides, diabetes e hipoglucemia, las enfermedades del sistema

respiratorio con el 32,4% (como: sinusitis, bronquitis, rinitis, influenza, asma y tos crónica). Las enfermedades de la piel tienen el 11,8% como la dermatitis, y el acné. Para las enfermedades del sistema genitourinario tienen el 2,9% como los quistes ováricos. Las enfermedades del sistema nervioso con el 11,8% como la migraña y la fatiga. Para las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos como la anemia, el bajo hierro, tienen el 11,8%. Las enfermedades del sistema circulatorio (5,9%) como la arritmia y otras enfermedades como la otitis, y baja visión con el 5,9% (Tabla 27).

Tabla 27: Prevalencia de enfermedades en jóvenes.

	n	%
Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	6	17,6
Enfermedades Sistema Respiratorio	11	32,4
Enfermedades de la Piel	4	11,8
Enfermedades del Sistema Genitourinario	1	2,9
Enfermedades del Sistema Nervioso	4	11,8
Enfermedades de la Sangre	4	11,8
Enfermedades del Sistema Circulatorio	2	5,9
Otras enfermedades	2	5,9

5.8.2.3. Distribución espacial de la prevalencia de las enfermedades en jóvenes según barrios

El análisis de correspondencias simple por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre la prevalencia de enfermedades en jóvenes y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 28, Gráfica 14). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. Se distribuye espacialmente según la zona, en la que las enfermedades de la piel y de la sangre, se encuentran más para la zona centro. Para la zona norte, la zona norte San Miguel, y la zona sur hay enfermedades del sistema circulatorio, endocrinas/metabólicas y otras enfermedades. Para la zona norte Las Gaviotas hay enfermedades

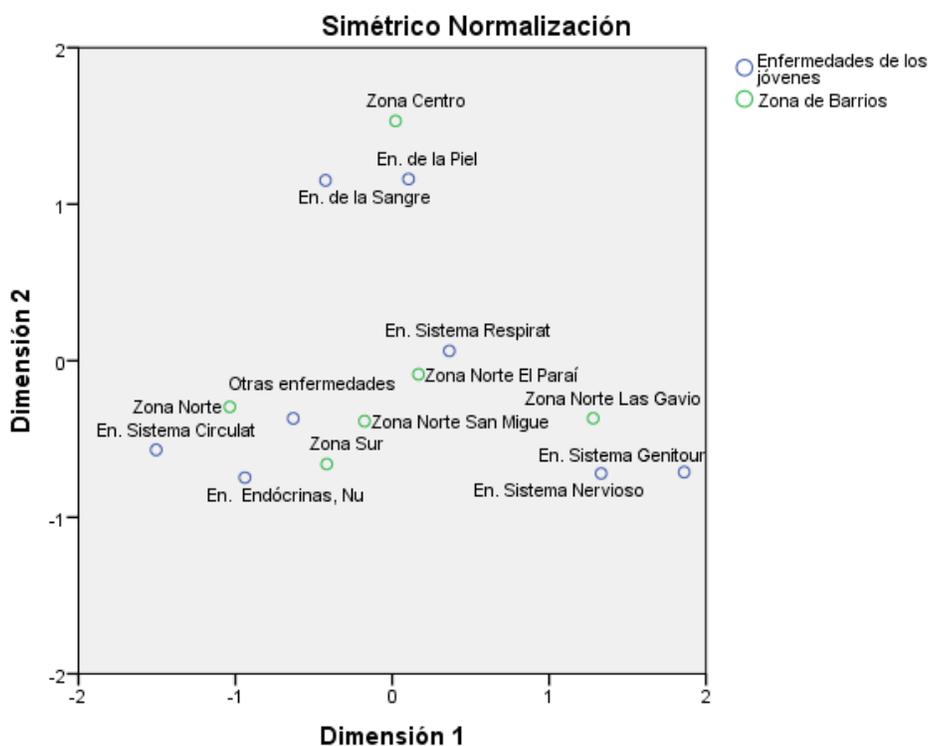
del sistema genitourinario y del sistema nervioso. Y para la zona norte El Paraíso hay enfermedades del sistema respiratorio (Gráfica 14).

Si se tiene en cuenta el análisis biespacial de la muestra (Gráfica 14) la zona centro se encuentra alejada de la mayoría de las enfermedades y de otras zonas, sin embargo presenta una mayor asociación con enfermedades de la piel y enfermedades de la sangre, que a su vez no se asocia o no hay mayor representación en las otras zonas.

Tabla 28: Tabla de contingencia de las enfermedades de los jóvenes según zonas.

Tabla de correspondencias							
Enfermedades de los jóvenes	Zona de Barrios						
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	Total
Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	3	0	0	2	0	1	6
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1	3	3	1	2	1	11
Enfermedades de la Piel	1	0	1	0	2	0	4
Enfermedades del Sistema Genitourinario	0	0	1	0	0	0	1
Enfermedades del Sistema Nervioso	0	0	3	1	0	0	4
Enfermedades de la Sangre	1	0	0	1	2	0	4
Enfermedades del Sistema Circulatorio	2	0	0	0	0	0	2
Otras enfermedades	1	1	0	0	0	0	2
Total	9	4	8	5	6	2	34

Las Gaviotas = Las Gaviotas, El Paraíso = El Paraíso, San Miguel = San Miguel.



Gráfica 14: Distribución espacial de la prevalencia de enfermedades en jóvenes según a zonas.

5.8.3. Prevalencia de enfermedades en la familia

Las enfermedades más recurrentes en las familias de estos jóvenes se han tomado como antecedentes ya que pueden influir en las enfermedades actuales o posteriores. Las más importantes por su frecuencia en la muestra son las enfermedades del sistema circulatorio con el 21,4%, seguidas de las del sistema respiratorio con el 11,22% igual que las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen con un 9,18 %, las enfermedades de la piel con un 8,16% y las enfermedades por tumores (neoplasias) con 7,14%, el resto fueron enfermedades del sistema nervioso, digestivo, genitourinarias, osteomusculares, trastornos mentales y otras enfermedades (Tabla 29).

Enfermedades en la familia	n	%
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	9	9,18
Tumores (Neoplasias)	7	7,14
Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas	11	11,22
Trastornos mentales y de comportamiento	4	4,08
Enfermedades del sistema nervioso	5	5,1
Enfermedades del sistema circulatorio	21	21,42
Enfermedades del sistema respiratorio	11	11,22
Enfermedades del sistema digestivo	5	5,12
Enfermedades de la piel	8	8,16
Enfermedades del sistema genitourinario	6	6,12
Enfermedades del sistema osteomuscular	5	5,12
Otras enfermedades	6	6,12

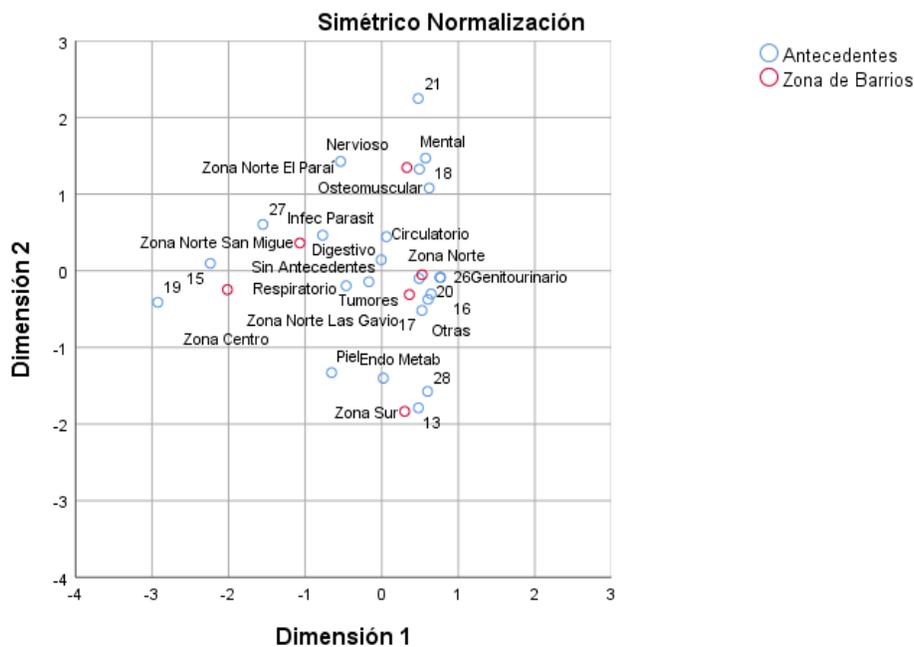
Tabla 29: Distribución por enfermedades en la familia.

Se realizó un análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre las enfermedades en la familia y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 30, Gráfica 15). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. La distribución espacial según las zonas, indica que la zona sur se asocia con enfermedades endocrinas-metabólicas y de la piel, la zona norte (resto) se agrupa con diferentes enfermedades del sistema circulatorio, genitourinario, tumores y sin presentar algún antecedente. Pero que las zonas nortes de San Miguel, Las Gaviotas, El Paraíso y centro presentan antecedentes de varias enfermedades agrupadas en nervioso, mentales, osteomuscular, infecciosas y parasitarias, digestivas y respiratorias (Gráfica 15).

Tabla 30: Tabla de contingencia de antecedentes familiares de enfermedades según zonas.

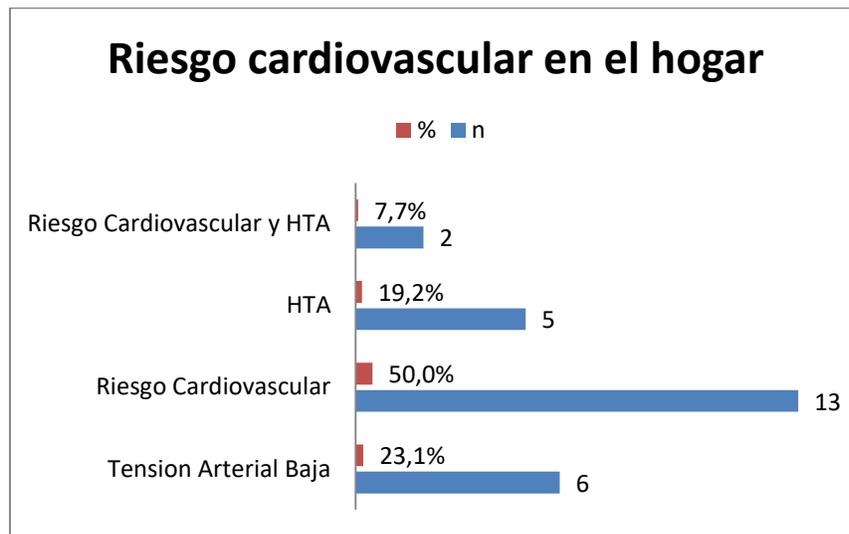
Tabla de correspondencias																
Zona de Barrios	Antecedentes															Total
	Sin Antecedentes	Infec Parasit	Tumores	Endo Metab	Mental	Nervioso	Circulatorio	Respiratorio	Digestivo	Piel	Genitourinario	Osteomuscular	Otras	Enferme combinada		
Zona Norte	12	1	0	1	1	0	4	2	2	0	1	0	1	5	29	
Zona Norte El Paraíso	4	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	2	0	2	14	
Zona Norte Las Gaviotas	8	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	3	19	
Zona Norte San Miguel	0	1	1	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	3	10	
Zona Centro	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	9	
Zona Sur	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	7	
Total	27	7	3	4	3	2	7	3	3	3	1	3	3	19	88	

Si se tiene en cuenta el análisis biespacial (Gráfica 15) las enfermedades en la mayoría de los barrios, hay una agrupación con las enfermedades. Solo que en la zona sur que está más a la periferia se encuentra con mayor representación de enfermedades de la piel y endocrinas/metabólicas, sin tener mucha asociación con otros barrios y otros antecedentes en la familia de otras enfermedades.



Gráfica 15: Distribución espacial de antecedentes familiares de enfermedades según zonas. Los números representan enfermedades no agrupadas.

El riesgo cardiovascular como antecedente de problemas de salud en la familia de estos jóvenes, se presentó en el 50%, seguido de la tensión arterial baja con el 23%, la HTA como antecedente familiar es del 19,2% y de tener riesgo cardiovascular e hipertensión al mismo tiempo es del 7,7% (Gráfico 16).



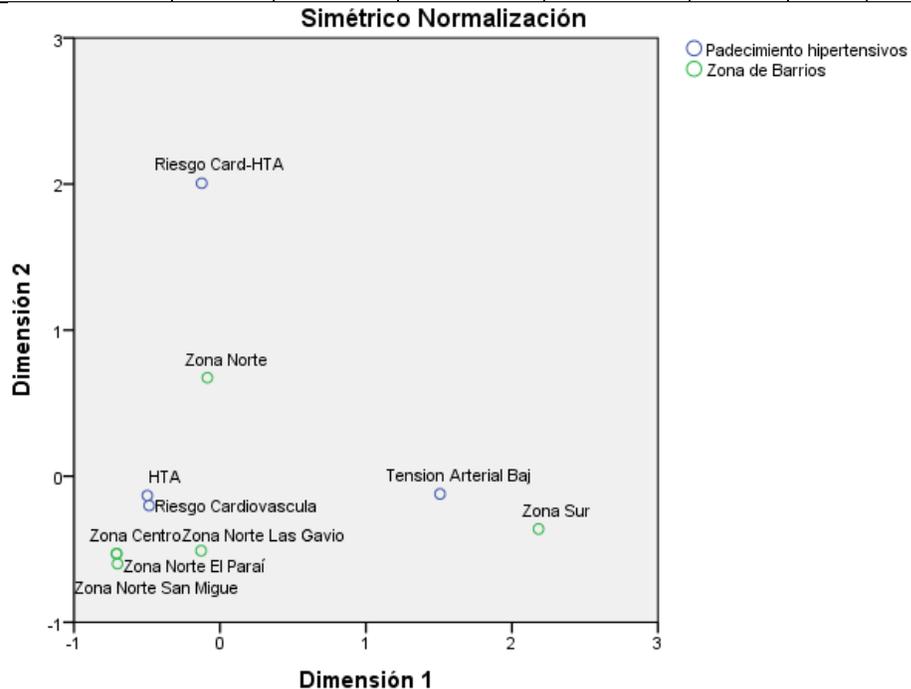
Gráfica 16: Representación gráfica de antecedentes familiares de riesgo cardiovascular y HTA en el hogar.

Se realizó un análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre los antecedentes familiares de riesgo cardiovascular y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 31, Gráfica 17). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. La distribución espacial según las zonas, indica que la zona sur se asocia con tensión arterial baja, la zona norte con riesgo cardiovascular e hipertensión. Pero que las zonas nortes de San Miguel, Las Gaviotas, El Paraíso y centro están padeciendo ya sea riesgo cardiovascular o hipertensión (Gráfica 17).

Si se tiene en cuenta el análisis biespacial (Gráfica 17) el riesgo cardiovascular y HTA se encuentra alejado de la mayoría de los barrios, con poca representación en la zona norte. En la zona sur que está más a la periferia se encuentra con mayor representación de tensión arterial baja, sin tener asociación con otros barrios y otros antecedentes de riesgo cardiovascular en la familia.

Tabla 31: Tabla de contingencia de antecedentes familiares de riesgo cardiovascular según zonas.

Tabla de correspondencias							
Padecimiento	Zona de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Tension Arterial Baja	2	0	1	0	0	3	6
Riesgo Cardiovascular	5	2	3	1	2	0	13
HTA	2	1	1	0	1	0	5
Riesgo Cardiovascular-HTA	2	0	0	0	0	0	2
Total	11	3	5	1	3	3	26



Gráfica 17: Distribución espacial de antecedentes familiares de riesgo cardiovascular según zonas.

Nota= Tensión Arterial Baj= Tensión Arterial Baja; Riesgo Card-HTA= Riesgo Cardiovascular e Hipertensión; HTA= Hipertensión.

Las Gavio = Las Gaviotas, El Paraí= El Paraíso, San Migue= San Miguel.

Las enfermedades en las familias se distribuyen en enfermedades infecciosas y parasitarias con Tuberculosis (22,2%), Dengue (11,1%), Malaria (11,1%) Sarampión (22,2%) Hepatitis (22,2%) y Meningitis con el 14,3%. Distribuidas en la zona norte Las Gaviotas y zona centro con Tuberculosis; el Dengue en la zona centro, la Malaria en la zona norte Las Gaviotas; Sarampión en la zona norte El Paraíso. La Hepatitis en la zona norte Las Gaviotas y San Miguel y para la meningitis en la zona norte (resto).

En cuanto a las enfermedades crónicas, las enfermedades de tumores (neoplasia) el cáncer de mama (tumor maligno de mama) tienen el 57,1% de la muestra, la leucemia, el cáncer de útero y cáncer de hígado están con el 14,3% cada uno. Que se distribuye en la zona norte Las Gaviotas se presenta el cáncer de mama, la zona norte El Paraíso el cáncer de útero. En la zona norte San Miguel se presentan leucemia, cáncer de mama y cáncer de hígado.

Para las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, el 63,6% se presenta en la familia la diabetes, seguida de la hipoglucemia con el 27,3% y la tiroiditis con el 9,1%. Que se distribuye por barrios, en el que la zona norte hay diabéticos e hipoglucémicos, para la zona norte El Paraíso hay más diabetes. En la zona norte San Miguel hay diabéticos e hipoglucémicos y para la zona sur hay tiroiditis y diabetes.

En otras enfermedades la más representativa en el sistema circulatorio es la enfermedad cardiaca hipertensiva (19%) y la hipertensión secundaria (38,1%). Para las enfermedades del sistema respiratorio se encuentran la rinitis, rinofaringitis y faringitis crónica con el 18,2% igual que el asma y la tos crónica. Ubicadas las enfermedades del sistema circulatorio en la zona norte Las Gaviotas trombosis y venas varicosas. En la zona norte San Miguel están la angina de pecho, enfermedad cardiaca hipertensiva y la hipotensión. Para hipertensión secundaria, taquicardia e hipotensión en la zona norte. Y para la zona centro y sur hipertensión primaria y secundaria.

5.8.4. Enfermedades de los padres de familia entrevistados

Algunos adultos entrevistados (n=24) perciben su estado de salud como bueno y a su vez algunos describen enfermedades que se encuentran controladas como diabetes, alergia de piel, tiroiditis e hipertensión secundaria. Con una percepción excelente pero que tienen enfermedades como diabetes, tumor maligno de mama e hipertensión. Un estado de salud regular, presenta enfermedades como cáncer de útero, hipertensión secundaria, enfermedad cardiaca hipertensiva y cáncer de mama. Y con una persistente y sin cuidado por una enfermedad cardiaca hipertensiva y como indica la Tabla 32 en que según los barrios hay una distribución para el barrio El Paraíso el estado de salud se distribuye en buena (66,7%) y regular (33,3%), con el 83,3% presentan enfermedades propias con mayor representación de enfermedades Endo-metabólicas con el 60%. En la zona norte San Miguel si hay más distribución del estado de salud con mayor representación de excelente con el 37,5% y el 75% presentan enfermedades con mayor representación de enfermedades Endo-metabólicas y del sistema circulatorio (33,3%). Y en las Gaviotas hay mayor representación de un estado de salud regular (50%) pero que el 60% no presenta enfermedades propias y mayor representación de enfermedades del sistema circulatorio (75%).

Tabla 32: Distribución de las enfermedades de los adultos encuestados en los hogares por barrios.

n=24		Barrios					
		Zona Norte El Paraíso		Zona Norte San Miguel		Zona Norte Las Gaviotas	
		n	%	n	%	n	%
Estado de Salud	Excelente	0	0,0	3	37,5	2	20,0
	Buena	4	66,7	2	25,0	3	30,0
	Regular	2	33,3	2	25,0	5	50,0
	Mala	0	0,0	1	12,5	0	0,0
Enfermedad propia	Sí	5	83,3	6	75,0	4	40,0
	No	1	16,7	2	25,0	6	60,0
Enfermedad	Tumores	1	20,0	1	16,7	1	25,0
	Enfermedades Endo-Metab	3	60,0	2	33,3	0	0,0
	Enfermedades del sistema circulatorio	1	20,0	2	33,3	3	75,0
	Enfermedades de la piel	0	0,0	1	16,7	0	0,0

5.8.5. Sistema de atención en salud

Los jóvenes suelen obtener información sobre la salud principalmente de la comunidad, luego también usan la obtenida en el hogar por parte de lo que dicen los adultos mayores o abuelos considerados “sabios” a la hora de determinar que posible “padecimiento” tiene alguien de la familia o de la comunidad. El itinerario que recorren cuando necesitan conocer algo más, sigue con dirigirse a centros establecidos por la Secretaria de Salud municipal como los hospitales y clínicas que por medio de los médicos ofrecen información sobre su problema de salud y pueden recibir un tratamiento para manejar su enfermedad o mantener su bienestar. Sin embargo, se apoyan paralelamente en orientaciones suministradas por páginas de Internet y revistas para tener una idea más exacta de los tratamientos pertinentes para una enfermedad después de identificada en los primeros pasos de su itinerario de atención y curación (Ilustración 2).

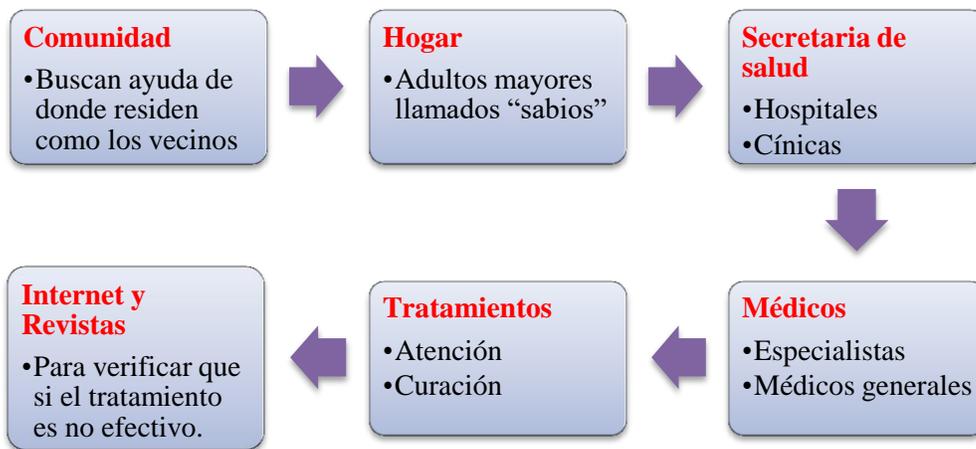


Ilustración 1: Itinerario de obtención de información y proceso de atención y tratamiento. Fuente: presente estudio, elaboración propia.

Por tanto la atención en casa es importante ya que interrelacionan los tratamientos y los cuidados en el hogar como estrategia de cuidados mixtos mucho más eficientes. Los tratamientos ya sean dados por centros de salud o farmacias complementan los medicamentos genéricos o de laboratorios químicos con los caseros, hechos con productos orgánicos para controlar o curar

ciertas enfermedades, junto a cuidados como el descanso y un merecido reposo permiten una recuperación mucho más rápida. En tanto, la prevención es dada por las brigadas de salud y los centros naturistas a través de la medicina alternativa (natural).

5.8.6. Salud sexual y reproductiva de los jóvenes

Las jóvenes de la muestra no se han realizado mamografías en el 100% de los casos. Además entre ellas, sólo el 13% de las mujeres se han realizado citologías recientemente. El 16,7% han acudido últimamente a centros hospitalarios. La edad de la primera menstruación es de 12 años con el 38,9%, de 11 años con el 33,3%, 10 años el 5,6%, entre 13 y 15 años el 1,9% y con el 16,7% aun no les ha llegado la primera menstruación (Tabla 31).

Tabla 33: Distribución de frecuencias de características de salud sexual y reproductiva en mujeres.

		n	%
Mamografía	Sí	0	0,0
	No	54	100,0
Citologías	Sí	7	13,0
	No	47	87,0
Acudió a centro hospitalario recientemente	Sí	9	16,7
	No	45	83,3
Edad de la primera menstruación	Aún no	9	16,7
	10	3	5,6
	11	18	33,3
	12	21	38,9
	13	1	1,9
	14	1	1,9
	15	1	1,9
¿Cuántos hijos tienen?	0	48	88,9
	1	6	11,1
Edad de la primera gestación	14	3	50,0
	15	2	33,3
	16	1	16,7
Abortos	Sí	3	5,6
	No	51	94,4
Cuántos	0	39	72,2
	1	3	5,6
	2	12	22,2
Lugar del parto	Clínica	3	50,0
	Hospital	2	33,3
	Centro Privado	1	16,7

Que profesional lo atendió	Ginecólogo	5	83,3
	Enfermera	1	16,7
Visitas prenatales	Sí	6	11,1
	No	48	88,9
Planifica	Sí	15	27,8
	No	39	72,2

Las jóvenes solo el 11,1% tienen hijos y el 88,9% respondieron que no tienen hijos. La cantidad de hijos que tienen es de 1 con el 11,1%. Con edades de la primera gestación de 14 años (50%), 15 años (33,3%) y 16 años (16,7%). El 5,6% de las jóvenes han tenido abortos, con alrededor 2 abortos (22,2%) y 1 aborto con el 5,6%. El lugar de parto principal para las jóvenes es en la clínica con el 50%, hospital (33,3%) y centro privados (16,7%). Atendidos por ginecólogos (83,3%). Realizando visitas prenatales el 11,1% de las jóvenes. Y realizan planificación el 27,8% y el 72,2% no lo hacen (Tabla 32).

Los jóvenes masculinos el 11,8% se realizan chequeos mensuales y el 88,2% no se realizan. Donde solo 11,8% han acudir a centros hospitalarios en el último mes. Y el 2,9% tuvieron 1 hijo a la edad de 14 años. (Tabla 33).

Tabla 34: Distribución de frecuencias de características de salud sexual y reproductiva en hombres.

		n	%
¿Se hace chequeos mensuales?	Sí	4	11,8
	No	30	88,2
Acudió a centro hospitalario recientemente	Sí	4	11,8
	No	30	88,2
¿Tienen hijos?	Sí	1	2,9
	No	33	97,1
¿Cuántos hijos tienen?	0	33	97,1
	1	1	2,9
	16	0	0,0
Edad en que nació su primer hijo	14	1	100,0
	15	0	0,0
	16	0	0,0

5.8.7. Riesgos para la salud en las viviendas y en el entorno

Las condiciones de riesgo para la salud pueden ser intradomiciliarias: la higiene y almacenamiento de agua en la vivienda, o también del entorno.

5.8.7.1. Higiene y almacenamiento de agua

La higiene en el hogar permite entender que es un factor esencial para una “relación estable con su entorno”, permitiendo que “la casa huela bien y permanezca aseada, igual que uno como persona pase [sic] limpio” que “uno se asiente y se amañe en un lugar” (Entrevista en campo G.R. 10Abril2018). En relación con la calidad de vida que esperan, conciben la higiene intradomiciliaria muy asociada a la salud: “tener una vida sana y duradera, porque tener una limpieza e higiene personal podemos respirar bien sin tener olores desagradables, tener un entorno libre de dichas cosas que nos hacen daño”, y dan importancia al cuidado del entorno, de la familia y de las mascotas (si las hay) (Entrevista en campo a: Inés, 26Abril2018).

Para que la vivienda “se vea y se sienta saludable o higiénica es importante sentir que uno pertenece a ella, que es el lugar donde vive y que por lo tanto se va a cuidar y a mantener limpia y bonita sola, necesita meterle [sic] mano cada rato” (Entrevista en campo a: Rosalba, 26Abril, 2018). En este sentido, la vivienda debe conservar el orden y aseo necesarios para hacer de ella un lugar agradable y sano que nos proporcione bienestar y seguridad. Los diferentes espacios de la vivienda (cocina, dormitorios, patios, baño) se deben mantener limpios, iluminados y ventilados para que no entre ningún tipo de “bichos raros...vectores o insectos” que no pueda “perjudicar su salud y causarle un enfermedad contagiosa para el grupo del hogar [sic]” (Entrevista en campo a: Inés, 26Abril2018). Por otro lado, es de suma importancia en el hogar la limpieza de los alimentos que se van a consumir porque “uno no sabe dónde pudo estar puesto antes la fruta, la verdura o las carnes” para prevenir cualquier “dolencia estomacal y producir un daño peor” por eso en las viviendas es importante colocar venenos “para matar las ratas que

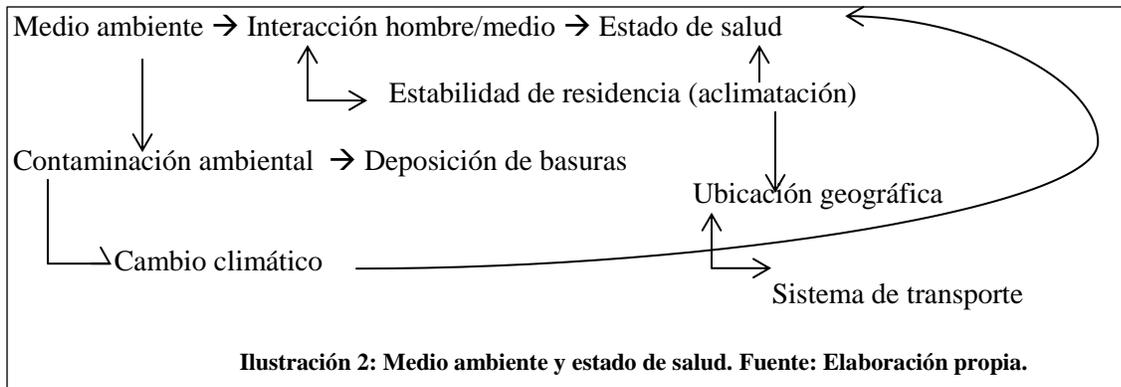
vienen es a miar [sic] y ensuciar todo lo que este en la cocina o donde se guarden las coas” (Entrevista en campo a: Juan, 11Mayo2018). Por eso es importante “bañarse bien, tener la ropa en lugares limpios y que no huelan mucha, y lavarse las manos cada rato” (Entrevista en campo a: J.P. 18Abril2018).

Otro asunto importante es el almacenamiento del agua, ya que por ciertos barrios el suministro de agua es casi inexistente por lo que deben guardar agua para varios días ya sea para beber o para el baño. Debido a que muchas personas comentan que “guardar en un recipiente en mal estado pueden contraer bacterias para el estómago que no se ven a leguas...a simple vista” (Entrevista en campo a: K. A. 12Abril2018) porque para el abastecimiento de agua en las viviendas, se pueden utilizar diferentes tipos de fuentes de agua como las naturales: aguas superficiales (nacimientos, ojos de agua, manantiales, quebradas, ríos, lagos y embalses), aguas subterráneas (aljibes, pozos) y aguas de lluvia; o del alcantarillado que proviene de una planta de tratamiento o las suministradas por carro tanque o embotelladas a nivel comercial. Para el buen uso de estas fuentes, es necesario protegerlas, manteniéndolas limpias y evitando que se contaminen con basuras, plaguicidas u otras sustancias químicas, cadáveres o excrementos de animales y residuos varios de procedencia humana (Recopilación de varias notas de entrevistas). “El agua contaminada nos enferma, por ello es importante filtrarla, hervirla o clorarla para que sea apta para el consumo y poder estar bien” ya que “en el municipio el agua de la canilla no es potable por lo que no se puede tomar apenas sale de la llave, se tiene que purificar cada vez que se vaya a tomar” y “si se va a cocinar con ella se debe colocar en una balde o tanque un tiempo para que se asiente [sic] y puede hervirse bien y cocinar los alimentos”, pero otros simplemente comprar las botellas selladas para tomar y cocinar.

5.8.7.2. Medio ambiente en el barrio

Los jóvenes relacionan la salud con características percibidas en el medio ambiente y asumen que estas “reflejan el cambio climático, la contaminación ambiental existente y la inadecuada deposición de basuras” (Entrevista en campo a: G.p. 12Abril2018). En que la vivienda es uno de los lugares donde más tiempo pasamos, como forma de encuentro, de descanso en toda nuestra vida, rodeadas de “malos terrenos por construir en barrancos, zonas cercanas al cauce natural del río, zonas de derrumbes, o caños” (Entrevista en campo a: L.m. 14Abril2018). Además de que “el material de construcción es de mala calidad, de poca resistencia y duran poco provocando una casa insegura para vivir” (Entrevista en campo a: l.r. 18Abril2018), sin embargo a diferencia de la encuesta sobre el estado de la vivienda los jóvenes opinan que las viviendas en si no están en buen estado porque no cumplen con ciertas condiciones sociales como el espacio, los objetos materiales y el barrio donde viven, optando por querer tener una “mejor vivienda como la del alguien conocido” (Entrevista en campo a: I.p. 14Abril).

Además, el entorno tiene “poco espacio provocando un hacinamiento de las personas que habitan la casa y el barrio, sintiendo que uno siempre esta con alguien cerca y al tener las calles tan estrechas”. Por tanto, “no todos en el barrio son higiénicos con falta de limpieza dentro de sus casas atraen [sic] a las moscas, cucarachas y otros animales que pueden transmitir enfermedades” (Entrevista en campo a: I.p. 14Abril). Se puede observar además en ciertas zonas las gallinas y otros animales de corral en la calle, con ensuciar con sus excrementos e incluso estar dentro de las casas (Ilustración 5).



El estudio permitió identificar los caños y ciénagas usadas para la deposición de aguas residuales. Ciertos barrios como El Paraíso, tienen aún caños para el vertedero de aguas residuales, el caño llamado El Paraíso tiene con 2 jóvenes con viviendas cerca, San Miguel tiene también su caño llamado San Miguel con 4 jóvenes cerca del caño, y una ciénaga o lago pequeño llamado La Pilce en el barrios San Miguel donde a veces se depositan basuras.

5.9. Patrón alimentario y Estado nutricional.

5.9.1. Grupos de alimentos

Los grupos de alimentos presentan la siguiente frecuencia (Tabla 33): los cereales el 10,8% no se consumen ningún día en la semana, de a 1 a 2 días el 16,2%, de 3 a 4 días el 29,7% y todos los días a la semana el 21,6%. Los azúcares y dulces el 0% no deja de comerlo algún día a la semana, ya que de 1 a 2 días lo consumen el 29,7%, de 3 a 4 días el 24,3%, el 10,8% lo consumen de 5 a 6 días y el 35,1% todos los días a la semana. Los cárnicos, huevos, leguminosas y mezcla de cárnicos con vegetales, el 5,4% se consumen de 1 a 2 días, el 18,9% de 3 a 4 días, el 13,5% de 5 a 6 días y el 62,2% todos los días a la semana. Para los lácteos los jóvenes consumen de 1 a 2 días el 5,4%, el 70,3% consumen al menos de 3 a 4 días, el 2,7% de 5 a 6 días y el 21,6% todos los días en la semana. Las hortalizas, leguminosas verdes y verduras los jóvenes las consumen más todos los días con el 43,2%, seguido del 49,5% para 5 a 6 días y de 3 a 4 días con el 16,2%.

En las raíces, tubérculos y plátanos el 70,3% las consumen de 3 a 4 días, el 13,5% para 5 a 6 días, el 10,8% todos los días y el 5,6% de 1 a 2 veces en la semana. Para las frutas los jóvenes las consumen al menos de 1 a 2 veces con el 59,5% seguido de 3 a 4 días con el 24,3%, el 5,4% de 5 a 6 días, o ningún o todos los días de igual manera. Para los snacks se consumen todos los días con el 75,7%, seguido de 16,2% para al menos de 5 a 6 días en la semana, para 3 a 4 días el 5,4% y ningún día el 2,7%. Y el consumo de grasas el 81,1% la consumen todos los días, el 13,5% de 5 a 6 días y ningún día de la semana es el 5,4%.

Tabla 35: Distribución de la frecuencia de consumo semanal por grupos de alimentos (n=37).

Grupo alimentos (Frecuencia por días en la semana)	Ninguno (0)	1 a 2	3 a 4	5 a 6	Todos (7)
	%	%	%	%	%
Cereales	10,8	16,2	21,6	29,7	21,6
Azúcares y dulces	0,00	29,7	24,3	10,8	35,1
Cárnicos, huevos, leguminosas secas y mezclas de cárnicos con vegetales	0,00	5,4	18,9	13,5	62,2
Lácteos	0,00	5,4	70,3	2,7	21,6
Hortalizas, leguminosas verdes y	0,00	0,0	16,2	40,5	43,2
Raíces, tubérculos y plátanos	0,00	5,4	70,3	13,5	10,8
Frutas	5,41	59,5	24,3	5,4	5,4
Snacks	2,70	0,0	5,4	16,2	75,7
Grasas	5,41	0,0	0,0	13,5	81,1

5.9.1.1. Comportamiento alimentario

El comportamiento alimentario se refiere a cuestiones como la hora de la comida (desayuno, almuerzo y cena), la satisfacción en la composición ¿siente que come bien? y cuántas comidas en el día acostumbra a realizar. Sin embargo también se preguntó ¿Qué venden en la escuela? ¿Qué dinero tengo para comprar? Y si al salir de la escuela hace compras antes de llegar a la casa. Los jóvenes estudiados suelen tener una hora bastante constante o patrón, para desayunar que, en su mayoría es en la mañana antes de salir a estudiar alrededor de las 5:30 am, para luego comer algo, una mediamañana temprana, en el receso escolar a eso de las 8:15 am y luego a las 10 am; en el

almuerzo hay una variación entre las 12:30 m y la 1 pm, para luego cenar a eso de las 6:30 pm y 8 de la noche. Ellos sienten que la comida consumida es “suficiente para mantenerse activo” pero “no con suficientes nutrientes”. Sin embargo, el número de comidas muestra variedad: si “tengo hambre o no” o “si tengo dinero”, a veces pueden desayunar en la casa antes de salir a estudiar y no consumen nada más hasta el mediodía y luego la cena, es decir, 3 comidas al menos, pero que cuando “lo agarra el día” no come sino hasta el mediodía.

Los alimentos que venden en la escuela son más que todo mecatos, gaseosas y avena casera, pero ante todo son fritos y dulces. Los dulces siempre están presentes: “compro en un descanso una avena casera con una empanada y en el otro receso compro un dulce como un bombón bum o chicles”. Además “depende del dinero que mis padres me den”, a veces “no alcanza porque comprar equivale no tener para las fotocopias”. Y al salir de la escuela venden “mangos con sal”, “fritos como papas y chicharrines”, y lo que quede del descanso se puede gastar en eso antes de llegar el almuerzo “porque viven lejos del colegio”.

5.9.1.2. Patrón de consumo de alimentos

El consumo de alimentos varía mucho entre los jóvenes. Para el desayuno habitualmente antes de salir para estudiar, está compuesto por chocolate caliente, arepa con huevo revuelto o queso sin frutas. De igual forma una variante es que en vez de tomar chocolate toman aguapanela con leche y tostadas o galletas. Ya cuando llegan a la escuela los jóvenes habitualmente consumen jugos artificiales (hit o suntea) junto a fritos como carimañolas, empanadas y deditos, y luego un mango (biche o maduro). Variando en la escuela con patacón de plátano verde con salchichón o queso con gaseosa. Mezclando ya sea con papas fritas (en bolsitas) o galletas (dux). Sin embargo, para el desayuno las bebidas varían pasando de café en leche hasta la leche sola.

Para el almuerzo los jóvenes en promedio consumen: carnes (res, cerdo o pollo) con arroz y gaseosas. Como variantes se presentan las sopas de verduras y carnes con arroz y jugos naturales como la mora o tomate de árbol. Por la mitad de la tarde, consumen principalmente dulce (chocorrano) y mecatos (papas, galletas de sal) y toman mucha agua; las variantes están en que compran un bombón bum, una malta y un detotido (papas, Chicharrones, tajadas en bolsita). Y en la cena o la comida la composición que habitualmente los jóvenes consumen es: embutidos (salchichas, chorizos) con arroz y tajadas de plátano o papa con avena. Las variantes están en que comen seguido las comidas rápidas como salchipapas, hamburguesas y pizzas acompañadas con gaseosas. Que a vez de en cuando consumen leche caliente antes de dormir.

5.9.1.3. Hábitos alimentarios en el hogar

Los alimentos consumidos en el hogar se encuentran atravesados por las preferencias alimentarias y a su vez que sean baratos debido a las condiciones económicas en que la familia se encuentre en el momento. "Si hay para algún kilo de arroz solo habrá para huevos o salchichas". "Los niños solo prefieren los huevos o los embutidos no les gusta casi el pescado que es barato o la carne de cerdo". Por tanto en escasez ellos reducen la ingesta de alimentos caros y los familiares prestan dinero para comprar para al menos 15 días. Dando prioridad a los niños que estudian y que están jóvenes aun. Sin embargo deben reducir el consumo de comidas para alcanzar para todos reduciendo principalmente las carnes por ser más caras. Que han "dejado de ir al colegio cuando no hay para desayunar y para el almuerzo". Por tanto los alimentos varían tanto en sus precios que a veces es mejor comprar todo para un mes e ir a otro lado para comprar en mejor precio los alimentos. Por tanto los jóvenes rechazan principalmente las sopas como forma de alimentarse porque "siento que no como bien y da hambre más rápido", en el hogar hacen reducción de ciertos alimentos que no se consumen como las verduras o los

granos como lentejas o frijoles “porque no le enseñaron hacerlos bien cuando joven y ahora queda muy regular y a los niños no les gusta”. “últimamente los jóvenes no comen ninguna visera...órganos internos de la gallina y res...que a nosotros nos daban para mantenernos fuertes [sic], porque ya les han enseñado que eso no se come y trae muchas enfermedades, pero porque nosotros estamos vivos entonces, antes eso era lo que había que comer apenas”. Sin embargo, en el hogar “se llevan los caprichos de estos niños para que no aprendan malos hábitos y coman bien”.

5.9.2. Estado nutricional

5.9.2.1. Percepción del estado nutricional

La clasificación nutricional de los jóvenes mediante los puntajes z de los jóvenes estudiados para la muestra sin importar el sexo evidenció en el IMC (Índice de Masa Corporal) para la edad que el 2,4% de los jóvenes tiene delgadez, el 14,1% sólo riesgo de delgadez, el 60% tienen el IMC adecuado para la edad, y finalmente el 16,5% están en sobrepeso y el 7,1% en obesidad (Tabla 36).

Tabla 36: Distribución de frecuencias por IMC (Índice de masa corporal)

		n	%
IMC	Delgadez	2	2,4
	Riesgo de delgadez	12	14,1
	IMC Adecuado	51	60,0
	Sobrepeso	14	16,5
	Obesidad	6	7,1

La frecuencia de la clasificación del estado nutricional para el IMC, muestra ausencia de delgadez en los hombres y sólo se encuentra en mujeres (2 casos). Sin embargo, los hombres presentan con el 41,7% riesgo de delgadez y las mujeres sólo el 58,3%. El IMC Adecuado en los jóvenes presenta en los hombres el 35,3% y en mujeres el 64,7%. El IMC de sobrepeso en

hombres es el 42,9% y en mujeres el 57,1% y para obesidad en hombres y mujeres se da con una frecuencia similar (50%) (Tabla 37).

Tabla 37: Distribución de frecuencias asociando el sexo y el IMC.

		IMC Clasificados									
		Delgadez		Riesgo de delgadez		IMC Adecuado		Sobrepeso		Obesidad	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	0	0,0	5	41,7	18	35,3	6	42,9	3	50,0
	Mujer	2	100,0	7	58,3	33	64,7	8	57,1	3	50,0

La muestra de jóvenes para la clasificación de la talla para la edad (T/E) representa una talla adecuada para la edad del 42,4%, con riesgo de retraso en la talla del 20% y con talla baja para la edad del 37,6% (Tabla 38). La talla para la edad (T/E) en cuanto al sexo, los hombres presentan 41,7% con talla adecuada para la edad, 29,4% con riesgo de retraso para la talla y el 37,4% con talla baja para la edad. Con respecto a las mujeres, el 58,3% tienen talla adecuada para la edad, el 70,6% tienen riesgo de retraso en talla y el 62,5% tienen talla baja para la edad (Tabla 39).

Tabla 38: Distribución de la talla para la edad.

		n	%
Talla para la Edad	Talla Adecuada para la Edad	36	42,4
	Riesgo de Retraso en Crecimiento	17	20,0
	Talla Baja para la Edad	32	37,6

Tabla 39: Distribución de la T/E según el sexo de los jóvenes.

		Talla para la Edad					
		Talla Adecuada para la Edad		Riesgo de Retraso en Crecimiento		Talla Baja para la Edad	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	15	41,7	5	29,4	12	37,5
	Mujer	21	58,3	12	70,6	20	62,5

5.9.2.2. Distribución espacial del estado nutricional

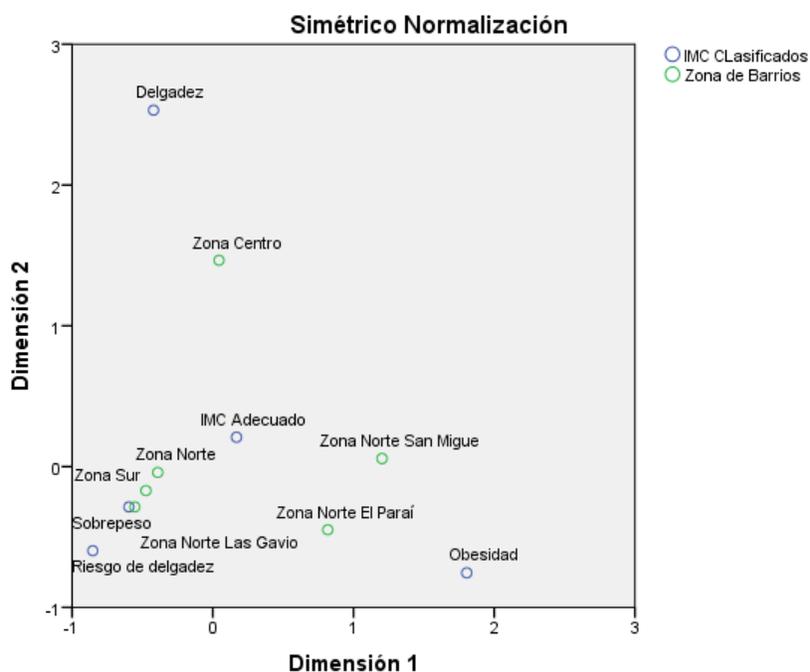
Se realizó un análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre estado nutricional (IMC) y su localización por barrios produjo

los siguientes resultados (Tabla 40, Gráfica 18). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo. En que se distribuye según las zonas de barrios asociados a que la zona norte las Gaviotas, la zona norte (resto) y la zona sur hay mayor representación de un IMC de riesgo de delgadez, IMC adecuado y sobrepeso. La zona centro mayor asociación con un IMC de delgadez. La zona norte El Paraíso y San Miguel hay mayor representación de un IMC de obesidad (Grafica 18).

Si se toma en cuenta el análisis biespacial del grafico 17, muestra que el IMC de delgadez no se asocia con mayoría de los barrios, presentado poca presencia en la zona centro. En la obesidad al encontrarse en la periferia también presenta poca representación con la mayoría de los barrios, solo asociándose con la zona norte El Paraíso.

Tabla 40: Tabla de contingencia del estado nutricional de los jóvenes según zonas.

Tabla de correspondencias							
IMC	Zona de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Delgadez	1	0	0	0	1	0	2
Riesgo de delgadez	6	1	4	0	0	1	12
IMC Adecuado	14	8	10	8	7	4	51
Sobrepeso	5	2	4	0	1	2	14
Obesidad	1	3	0	2	0	0	6
Total	27	14	18	10	9	7	85



Gráfica 18: Distribución espacial del estado nutricional- IMC según zonas de barrios.

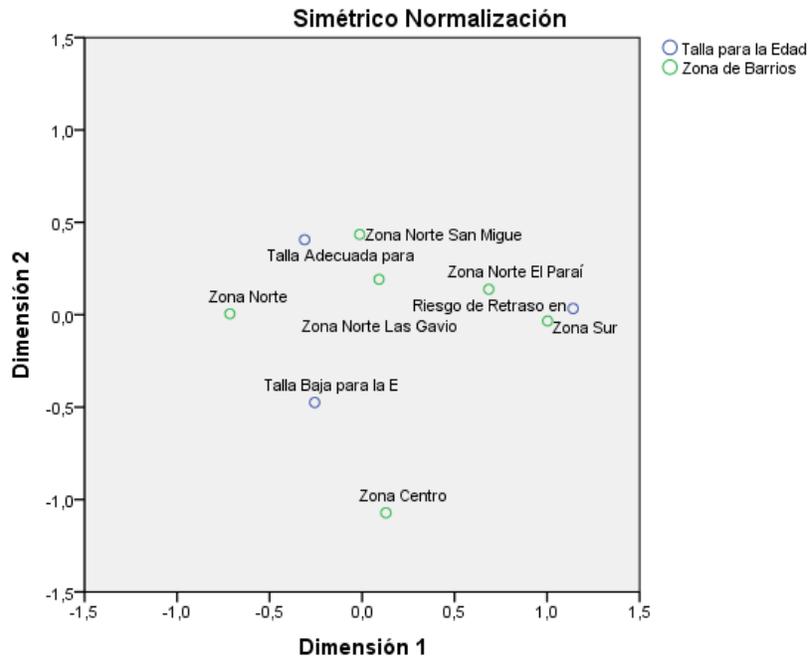
Se realizó un análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías nominales para estudiar la relación espacial entre estado nutricional (T/E) y su localización por barrios produjo los siguientes resultados (Tabla 41, Gráfica 19). El valor de la prueba de χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo.

Tabla 41: Tabla de contingencia de la T/E de los jóvenes según zonas.

Tabla de correspondencias							
Talla para la Edad	Zona de Barrios						Total
	Zona Norte	Zona Norte El Paraíso	Zona Norte Las Gaviotas	Zona Norte San Miguel	Zona Centro	Zona Sur	
Talla Adecuada para la Edad	14	5	8	5	2	2	36
Riesgo de Retraso en crecimiento	1	5	4	2	2	3	17
Talla Baja para la Edad	12	4	6	3	5	2	32
Total	27	14	18	10	9	7	85

La distribución espacial de la talla para la edad (T/E) según los barrios muestra que para la zona centro hay mayor asociación con talla baja para edad. La zona sur, la zona norte Las

Gaviotas y el Paraíso hay mayor correlación con riesgo de retraso en talla. Y la zona norte (resto) y la zona norte San Miguel hay correspondencia con talla adecuada para la edad (Gráfica 19). Teniendo en cuenta el análisis biespacial la zona centro se encuentra aislado de los demás barrios y demás clasificaciones de la T/E, con poca representación para la talla baja para la edad.



Gráfica 19: Distribución espacial del estado nutricional- IMC según zonas.

Talla Adecuada para=Talla Adecuada para la edad, Riesgo de Retraso en= Riesgo de Retraso en Talla, Talla Baja para la E= Talla Baja para la Edad.

Se asoció las enfermedades de los jóvenes con el IMC, mostrando una ausencia de enfermedades en un IMC de obesidad. Sin embargo, presentan para el IMC de delgadez enfermedades de la sangre. Con IMC de riesgo de delgadez presenta enfermedades tales como: enfermedades del sistema respiratorio (33,3%), enfermedades de la sangre (18,8%), enfermedades del sistema nervioso de enfermedades del sistema genitourinarios, circulatorio, cada con el 16,7%. Y para el IMC adecuado presentan también algunas enfermedades más representativas como: enfermedades del sistema respiratorio (36,4%), enfermedades endocrinas,

nutricionales y metabólicas (18,2%), del sistema nervioso, de la sangre y otras enfermedades con el 9,1%. Y para el IMC de sobrepeso presentan enfermedades endocrinas (50%), respiratorio y del sistema nervioso con el 25% cada una (Tabla 42).

Tabla 42: Distribución de enfermedades del joven asociado al IMC para la edad.

		IMC									
		Delgadez		Riesgo de delgadez		IMC Adecuado		Sobrepeso		Obesidad	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermedades del Joven	Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas	0	0,0	0	0,0	4	18,2	2	50,0	0	0,0
	Enfermedades del Sistema Respiratorio	0	0,0	2	33,3	8	36,4	1	25,0	0	0,0
	Enfermedades de la Piel	0	0,0	0	0,0	4	18,2	0	0,0	0	0,0
	Enfermedades del Sistema Genitourinario	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Enfermedades del Sistema Nervioso	0	0,0	1	16,7	2	9,1	1	25,0	0	0,0
	Enfermedades de la Sangre	1	100,0	1	16,7	2	9,1	0	0,0	0	0,0
	Enfermedades del Sistema Circulatorio	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Otras enfermedades	0	0,0	0	0,0	2	9,1	0	0,0	0	0,0

Por otro lado, la percepción del estado nutricional de los jóvenes varía entre buena y regular porque “buena ya que me alimento bien para no estar débil”, “se siente cómodo/a con su cuerpo” y “siempre busco el peso ideal” sin embargo hay estados regulares debido a “limitaciones financieras o recursos bajos” “el estado anímico no es el adecuado para cuidar el cuerpo” además de “tener una alimentación inadecuada porque no me gusta casi la comida” y “tengo una contextura delgada que a pesar de comer bien no subo de peso”.

5.9.2.3. Percepción de la condiciones físicas

Para la condición física de los jóvenes se preguntó por las actividades físicas que practican, las horas a la semana y la percepción de su estado físico. Por tanto los jóvenes practican de alguna forma algún deporte, sin embargo hubo un 52,3% que no practican ningún deporte

considerados sedentarios. Seguido del futbol con el 17%, voleibol y ejercicios funcionales con el 9,1% cada uno, patinajes y ciclismo con el 4,5% cada uno y Taekwondo, Karate y baloncesto con el 1,1% respectivamente (Tabla 43).

Tabla 43: Distribución de las Actividades físicas de los jóvenes

		n	%
Actividad física	Ninguno	46	52,3
	Fútbol	15	17,0
	Voleibol	8	9,1
	Patinaje	4	4,5
	Ciclismo	4	4,5
	Taekwondo	1	1,1
	Karate	1	1,1
	Ejercicios funcionales	8	9,1
	Baloncesto	1	1,1

Luego las horas de practica semanales más representativa para el futbol los jóvenes practican entre 4 y 6 horas en la semana. El voleibol entre 4 y 8 horas a la semana. Patinaje con 7 a 11 horas. Ciclismo entre 6 y 10 horas. Taekwondo con 8 horas a la semana. Karate con 11 horas a la semana. Ejercicios funcionales entre 6 y 7 horas y baloncesto con 6 horas a la semana.

La percepción de la condición física varía entre buena o regular porque los jóvenes opinan que la condición física es buena porque "se siente bien" porque "tiene buena condición por el deporte" "practicando todos los días el cuerpo se equilibra" " así nunca se enferma" y porque "tiene una buena alimentación". Sin embargo, mucho de los jóvenes opinan que su percepción de su condición física es regular porque "no realiza ninguna deporte fijo" o porque " esta delgada/o que se siente cansada constantemente y le falta ganar mucho más peso y es muy pequeña de estatura" "porque "se conforma con su cuerpo y barriga que no le da tiempo para hacer deporte o cuidarse" y además varios jóvenes sufren de alguna enfermedad que les impide hacer mucho deporte como la diabetes o la anemia "agotándose rápidamente" y "muy baja calidad de nutrientes en su familia a la hora de comer".

Tabla 44: Distribución de la actividad física con el IMC.

		IMC									
		Delgadez		Riesgo de delgadez		IMC Adecuado		Sobrepeso		Obesidad	
		n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Actividad física	Ninguno	1	50,0	5	41,7	27	52,9	7	50,0	4	66,7
	Fútbol	0	0,0	2	16,7	9	17,6	3	21,4	1	16,7
	Voleibol	0	0,0	2	16,7	5	9,8	1	7,1	0	0,0
	Patinaje	0	0,0	0	0,0	3	5,9	0	0,0	1	16,7
	Ciclismo	0	0,0	1	8,3	2	3,9	1	7,1	0	0,0
	Taekwondo	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
	Karate	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
	Ejercicios funcionales	1	50,0	2	16,7	3	5,9	1	7,1	0	0,0
	Baloncesto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0

Por tanto se relacionó el IMC (Índice de masa corporal) con las actividades físicas que practican los jóvenes resultando que: en delgadez, el 50% no practican ningún deporte, que a pesar de practicar un deporte presentan una masa corporal es delgada como los ejercicios funcionales (50%). Para riesgo de delgadez no practican ningún deporte el 41,7%, el fútbol, el voleibol y ejercicios funcionales (16,7%) y el ciclismo (8,3%). El IMC Adecuado no practican deporte el 52,9%, el 17,6% practican fútbol, el 9,8% voleibol, el 5,9% patinaje, taekwondo y karate con el 2%, ejercicios funcionales el 5,9% y el ciclismo con el 3,9%. En sobrepeso el 50% no practican ningún deporte sin embargo algunos practican deportes como el fútbol (21,4%), patinaje, ciclismo, ejercicios funcionales y baloncesto con el 7,1%. Y el IMC de obesidad el 66,7% no practica ningún deporte y el fútbol y el patinaje con el 16,7% (Tabla 44).



VI. Discusión

Sociodemografía

Para el 2010, en el boletín del DANE (Perfil municipal Caucaasia, del Censo general del 2005), del total de la población de Caucaasia fueron en su mayoría mujeres con el 51,1% y el 48,9% son hombres y, por consiguiente la muestra de jóvenes estudiada posee un número algo superior de hombres respecto a mujeres, las mujeres ocupan el 61,4% y el 38,6% son hombres. Los jóvenes que se ubican en su 100% en rangos de edad entre los 11 y 17 años de edad. Para el hogar, los adultos cuentan con edades para la toma de decisiones importantes pensando en la fecundidad y en la estabilidad económica con edad mínima de 29 años y máxima de 80 años, donde ya ha pasado por las edades de desarrollo y ya en la etapa de vejez y descanso. Las generaciones jóvenes traen como consecuencia no sólo el aumento de necesidades en el hogar por las demandas de cuidados y educación propias de su edad (Gobernación de Antioquia, 2004, pp. 182), sino además una alta dependencia económica que sumada a las deficientes condiciones socioeconómicas encontradas, se convierte en factor de riesgo importante para la estabilidad económica y la salud.

Entre tanto, para el ICBF (2012, pp. 15) reconoce la dificultad de aventurarse en la definición de hogar y de familia: en términos muy amplios y con fines estadísticos, suele identificarse como hogar al grupo humano que comparte techo y presupuesto de alimentos. Resulta sin embargo mucho más complejo, intentar una definición de familia, pues esta define a un grupo humano, por factores diferentes a los físicos (presupuesto y techo). La familia es una estructura en permanente cambio, afectada por el contexto social, económico, político, cultural del país, y a su interior por sus proyectos de vida y los planes individuales, también cambiantes. Unos y otros factores interactúan de forma tal que cuando se presentan situaciones de crisis externas

(económicas, sociales, climáticas, políticas, etc.), sus miembros promueven modificaciones a su interior, generando cambios en sus roles y conformando estrategias que les permita enfrentarlas (Gómez *et al*, 2014, pp. 70-71).

De la misma forma, el concepto de espacio geográfico, involucra dos dimensiones fundamentales, la primera locacional como sistema espacial y la segunda ecológica como sistema ambiental. Su análisis se hace desde lo global, el espacio/mundo, hasta lo local, el espacio de las identidades culturales. La dimensión espacial de los fenómenos permite descubrir una realidad estructural y funcional antes omitida, reflejando la materialidad del proceso económico, político y cultural, históricamente construido, muy útil para entender las particularidades expresadas en la sociedad desde los sectores sociales como el de la salud o la educación, y así mismo útil para imaginar alternativas transformadoras de las contradicciones del territorio, el cual incorpora las relaciones de poder sobre el espacio geográfico a través de la apropiación o la regulación normativa. Sin embargo, este concepto fue puesto en la mirada de otras disciplinas y las aplicaciones que se dieron en geografía para temas específicos como la salud, que bajo esta versión del concepto de espacio y los postulados hipocráticos se asumieron otras interpretaciones en la explicación de los hechos de salud estableciendo relaciones unicasales y secuenciales en el espacio. La estructura espacial se refiere a la organización interna, a una distribución de elementos espaciales, estas estructuras limitan, canalizan o controlan los procesos espaciales (Delgado, 2001, 2003). Por lo que los barrios representan lo local en este estudio, esto es importante teniendo en cuenta su dinámica espacio/temporal y sus interrelaciones con el territorio, es posible identificar tendencias para la ubicación geográfica de zonas estableciendo los barrios de Caucasia, como zonas norte (Las Gaviotas, El Paraíso, San

Miguel y el resto), zona centro y zona sur. Cada uno cuenta con sus barrios respectivos según el mapa de la Secretaría de Planeación Territorial del Municipio.

Vivienda

La vivienda debe ser entendida como entidad, instancia, hecho social, historia y estructura en un contexto preciso y específico teniendo en cuenta las estructuras sociales y sus interrelaciones espaciales, teniendo en cuenta el espacio geográfico. La tenencia segura de la vivienda es un factor clave en la calidad de vida, ya que provee las condiciones mínimas para el desarrollo económico y social adecuado de todos los miembros de la vivienda, además de disminuir su vulnerabilidad a la violencia y al desalojo forzado (BID, 2014, pp. 2). Por consiguiente, la vivienda no es exclusivamente un conjunto de paredes estructuradas al azar, sino que la estructura de la vivienda es adaptable para lograr una satisfacción con la vivienda (Pasca, 2014, pp. 2), es decir, que las personas eligen ya sea una vivienda pequeña o grande, con cierto número de habitaciones y ciertos detalles, para adaptarse a esta, no solo vista como ambiente físico sino también como concepto afectivo, social y de sueños.

La muestra de los jóvenes que pertenecen a la cabecera municipal de Caucasia, se encuentra como Garret (2002) plantea en una situación de urbanización que viene acompañada de crecimiento en la pobreza urbana, inseguridad alimentaria y desnutrición, y para la salud, por un cambio en la concentración de estos flagelos de las áreas rurales hacia las urbanas; muestra de ello son los altos porcentajes de hogares urbanos con bajos ingresos, altos índices de percepción de inseguridad alimentaria y deterioro nutricional, que si bien siguen siendo mayores en la zona rural, no dejan de ser inquietantes en la urbana. Por lo que la vivienda tiene un lugar relevante en el desarrollo urbano de la ciudad, constituye uno de los principales satisfactores sociales y capaz de promover el crecimiento económico. Pero sobre todo es uno de los bienes fundamentales del

desarrollo social, no se entiende la vida de una persona si no tiene acceso a una vivienda digna¹³. La vivienda como lugar de permanencia (Revista Compensar¹⁴), demuestra que en la investigación se encontró que la ubicación de las viviendas no es significativa para: la tenencia de la vivienda, el tipo de vivienda, el estado de la vivienda y el material de la infraestructura (paredes y pisos), a pesar de haber tendencias como la asociación de barrios de tenencia de viviendas propias o arrendadas, sin mayor importancia de viviendas compartidas o en invasiones de terrenos (baldíos). La vivienda es el espacio físico que forma parte de la satisfacción de las necesidades básicas que todo individuo debe tener (Sevilla *et al*, 2014, pp. 82), por consiguiente la ubicación de las viviendas se relacionan en su mayoría con casas o apartamentos sin ninguna representación significativa para fincas, según sus requerimientos e ingresos en el hogar, que a su vez puede o no estar en buen estado o en estado regular al no cumplir con ciertos detalles de otras viviendas, pero nunca en mal estado y según su satisfacción con dicha infraestructura. Por tanto, la dimensión física como los materiales en que están construidas las viviendas no es significativa en cuanto al lugar en que se encuentran ubicadas las viviendas sin tendencias representativas ya que las personas no guardan una relación de materialidad según el lugar en que se vive.

Por otro lado, respecto a los servicios públicos de las viviendas deben analizarse en función del espacio de recogimiento, privacidad y comodidad, que pueden brindar la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido principios y líneas de acción referentes a los requerimientos sanitarios de la vivienda (Sevilla *et al*, 2014, pp. 82), que a su vez, se ubican en el concepto de habitabilidad como parte integral del binomio de bienestar y equidad social. El primer término del binomio, el bienestar, se relaciona con las condiciones de hábitat, las cuales

¹³ [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(040\).htm](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(040).htm)

¹⁴ <http://www.revistacompensar.com/comprendiendo/tener-casa-propia-un-sueno-que-transforma-tu-vida-y-la-de-tu-pais/>

se consideran aspectos como la calidad de la vivienda, el grado de hacinamiento y su estado de sanidad. El segundo, la equidad, se refiere a las condiciones sociales y económicas de la población, tales como empleo, servicios de seguridad social, recreo, educación y cultura (Espinoza y Gómez, 2010, pp. 65), pero que en el estudio no fue significativo para la relación entre los servicios públicos y la zonas de barrios, pero si hubo una tendencia inequitativa a tener todos o algunos servicios en las viviendas, siendo importante para ver que las necesidades básicas no se encuentran satisfechas pues la condición de una vivienda digna y habitable no es universal en Caucasia.

Ambiente

Las condiciones higiénicas que siguieron a la sedentarización permitieron la aparición de nuevas enfermedades y la agudización de las ya existentes; la proximidad de varias personas facilitaba la contaminación de los alimentos y el agua a través de la eliminación de excretas y desperdicios (Rodríguez, 2006, pp. 50), presentando una vulnerabilidad frente a los cambios ambientales, comprendida como la “interfaz entre la exposición a amenazas físicas para el bienestar humano y la capacidad de las personas y comunidades para controlar tales amenazas” (Montoya *et al*, 2009, pp. 213). Tal vulnerabilidad aunque es un problema que de una u otra forma nos impacta a todos, se encuentra enmarcada en un escenario de desigualdades, dadas las enormes brechas entre situaciones económicas (Montoya *et al*, 2009, pp. 213) pero que también están enmarcadas con las condiciones de higiene y la percepción/cubrimiento y satisfacción de los servicios de salud. En el estudio no se encontró ninguna significancia estadística entre la forma de disposición de las aguas residuales y la ubicación de las viviendas, encontrando una asociación de las zonas para el uso de alcantarillado y pozos sépticos, siendo difícil un ambiente libre de olores por el uso de caños aun destapados para el desagüe de las viviendas.

Se encontró una relación significativa entre la ubicación de los barrios y la deposición de las basuras urbanas, que vale la pena destacar ya que la calidad de vida y la salud de la población están condicionadas por la calidad del ambiente natural y social en que se encuentra; no obstante, las sociedades continúan en su papel destructor del medio ambiente (Montoya *et al*, 2009, pp. 216). Las zonas como El Paraíso, Las Gaviotas, Zona norte (resto), zona centro y zona sur, se encuentran con una asociación significativa con una deposición en los camiones recolectores de basuras, donde la deposición de basuras en terrenos baldíos se encuentra relacionada con la zona centro y la zona norte San Miguel, y la zona sur con la quema de basuras, pero que el río está poco relacionado con las diferentes zonas y poca representación en la zona norte San Miguel.

Por tanto, la transformación reciente de los ecosistemas, incluye muchos aspectos sociales, económicos, tecnológicos y de comportamiento, que desencadenan cambios en los ambientes físicos, biológicos y también en la propia biología de las poblaciones humanas (Bernis, 2005, pp. 7). En las que se incluye además una relación con el patrón alimentario debido a los cambios bruscos que una sociedad que enfrenta diariamente modificaciones en su dieta y a su vez en el proceso de salud-enfermedad. La consecuencia de la deposición de basuras y de aguas residuales influye en el lugar en que viven las personas modificándose y adaptándose debido a que “la adaptabilidad del comportamiento humano juega un papel importante en la búsqueda de soluciones para la vida. Ya que el hombre posee un cierto grado de adaptabilidad innata que supone el conjunto de respuestas adaptativas fisiológicas que no dependen del aprendizaje” (Rosique *et al*, 2004, pp. 50). Las relaciones entre las condiciones higiénicas de las ciudades y los medios en que se desarrollaron las obras de ingeniería, han estimulado la propagación de epidemias de gran impacto social y económico, como malaria, cólera, fiebre amarilla, varicela y

otras, han promovido a pesar del conocimiento incompleto sobre los mecanismos de transmisión, la adopción de medidas de saneamiento (Íñiguez y Barcellos, 2003, pp. 331).

Sistema de seguridad social y atención en salud

El sistema de salud colombiano se basa en la dirección, regulación y vigilancia por parte del Estado y en la participación del sector privado en el aseguramiento, así como en la provisión de bienes, medicamentos, dispositivos, equipos y servicios de atención. Las EPS, que pueden ser públicas o privadas, son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones del sistema general de seguridad social en salud. Los afiliados pueden hacer parte del régimen contributivo o del régimen subsidiado. El primero se supone autosuficiente, puesto que se espera que dependa exclusivamente de las cotizaciones de los afiliados y de los empleadores. El segundo depende en una fuerte proporción de subsidios a la demanda en las primas de aseguramiento, que se financian con contribuciones presupuestales de la Nación o de las entidades territoriales (Molina, 2018, pp. 7). Las IPS son las entidades que proveen directamente los servicios de salud, y se espera que los presten especialmente mediante contratos con las EPS (Azüero, 2012, pp. 191).

Este acercamiento a la salud y el territorio como productos sociales forman un movimiento fundamental, respecto a las concepciones centradas en la salud y el ambiente, al situar el carácter social de la salud y de la relación de las personas con territorios socio-históricamente configurados; sin embargo, mantiene un fuerte énfasis en la discusión sobre estructuras sociales y elementos macropolíticos de esa relación (Molina, 2018, pp. 5). El análisis de la salud no debe pensarse como intrínsecamente espacial, sino que debe orientarse a comprender la dialéctica entre materialidad y procesos de significación como posibilidad de construcción del bienestar de las personas y comunidades (Molina, 2018, pp. 7).

Asimismo, un análisis territorial de los procesos de salud permite entender que las desigualdades territoriales en salud no son al azar ni determinadas por procesos naturales de las áreas-ambientes. Las desigualdades en salud pueden entenderse como producto de condiciones materiales de existencia, pero también por la construcción de experiencias individuales y colectivas de las personas en sus lugares de vida; por lo que la articulación de las dimensiones naturales, sociales y subjetivas del territorio debe reintroducirse para su comprensión (Molina, 2018, pp. 9), basado en lo encontrado la ubicación de las viviendas de manera local cuando se afilian guarda una asociación significativa ya que las personas usan las EPS que están más cercanas de su residencia. Pero el lugar de atención no guarda ninguna relación, ya que este varía según la EPS.

Condiciones del sistema de salud

El énfasis en las condiciones sociales de vida, en la cuales la gente vive y trabaja, permiten la jerarquización de los DSS (Determinantes sociales de salud) para entender en diferentes niveles la situación de salud de las poblaciones. Sus determinantes y las desigualdades territoriales en salud, junto con la identificación de componentes relacionados con las infraestructuras y recursos humanos del sistema de salud, sin considerar las interacciones humanas y su carácter histórico, político y económico, que permite la configuración de territorialidades no delimitadas ni gestionadas exclusivamente por las acciones gubernamentales (Molina, 2018, pp. 4). Estos componentes giran alrededor de un sistema social de salud, definido en formas o reglas de interacción de instituciones y la comunidad. Cada cultura establece categorías de las cosas, clasificándolas como prácticas y conocimientos ligados a esas categorías establecidas en la sociedad. La salud como la enfermedad están regidas por leyes naturales y sociales, que reflejan una influencia dada por el medio y las condiciones higiénicas, por tanto hay una relación

armoniosa entre el hombre y su medio ambiente. Las enfermedades son consecuencias a los cambios estructurales en la sociedad, en que se modelan esas necesidades y características biológicas y corporales. En donde las características individuales socialmente reconocidas como la vivienda, los ingresos y la alimentación son condicionantes para establecer un factor de riesgo para la salud individual y colectivamente en el entorno familiar.

Las buenas condiciones económicas y sociales mejoran el estado de salud, y el buen estado de salud mejora la productividad en todos los sentidos (Fresno, 1997). Con una percepción humana de desarrollo que cambia según su ubicación en el mundo, cuyo concepto de pobreza no está en su lenguaje. Sin embargo, la pobreza entendida como un factor determinante de los problemas de salud o enfermedad, debido al limitado acceso a los servicios médicos “modernos”, una restricción de condiciones sanitarias adecuadas, con impedimentos de acceso a un sistema seguro de seguridad que preste todos sus servicios en función de la satisfacción de las necesidades en salud.

Configurado o mediado por el rol que desempeña la familia en la determinación de la salud, en la que investigadores sociales de reconocido prestigio internacional como Levi-Strauss, Malinowski y Durkheim evidenciaron la influencia de los aspectos socio-culturales en las relaciones familiares y en determinados problemas de salud. (Bernal, 2003). La familia tiene un valor de alto significado y compromiso personal y social, afectividad, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también es una fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. Por tanto, la vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio (Bernal, 2003, pp. 50), determinando que estén o no satisfechos con los servicios de salud

prestados por las entidades de salud y si cubren o no sus necesidades y si esas inquietudes de salud son abordadas correctamente o no.

Las desigualdades en salud pueden entenderse como producto de condiciones materiales de existencia, pero también por la construcción de experiencias individuales y colectivas de las personas en sus lugares de vida (Molina, 2018, pp. 9). El régimen de salud, y estar afiliado a un régimen privado tiene efectos positivos sobre la salud, y pertenecer al régimen subsidiado puede ser igual que no tener ninguna afiliación. Una persona afiliada a un seguro privado reduce en más de 6% la probabilidad de presentar un mal estado de salud. Este porcentaje es más alto si la persona es de la tercera edad. Al igual que con la variable del estatus socioeconómico del hogar, parece ser que el no tener recursos económicos suficientes va en detrimento de la salud (Santos, 2013, pp. 103). Por consiguiente se modificaron las condiciones de trabajo, estilos y patrones de vida de las comunidades y trabajadores, el sistema de salud tienen un papel determinante en las desigualdades de salud y en el bienestar, así como en los factores y circunstancias de las personas. Entonces, la preocupación por las diferencias rurales y urbanas resulta evidente, dado que los procesos históricos han determinado las condiciones (sociales, ambientales y económicas) en las que se encuentran actualmente las poblaciones.¹⁵

Proceso de salud/enfermedad

La cultura en que se encuentra la población influye en su forma de mirar lo que le rodea. Por tanto el proceso de salud-enfermedad puede verse implicado en el proceso cultural, creando una correlación entre Cultura-Salud/Enfermedad-Ambiente. Para entender las nociones de salud y enfermedad, así como las estrategias utilizadas para mantener o recuperar la salud, de un determinado agrupamiento humano, es fundamental conocer sus condiciones materiales de existencia (cómo, dónde y de qué viven las personas, cómo organizan el trabajo, cómo se

¹⁵ www.who.int.es

alimentan, etc). Pienso que eso se debe menos a deficiencias en la información de las personas y mucho más a las difíciles condiciones de vida: por un lado, la constante asistencia a los campos y a los animales, fundamental para la subsistencia de la población, determina una exposición prolongada del cuerpo a un clima agreste; y por otro, las condiciones de vivienda no protegen sus habitantes de forma satisfactoria de los numerosos factores que constituyen riesgo para la salud. Finalmente, los arraigados hábitos alimenticios, algunos de los cuales favorecen el brote de enfermedades y determinan todo, los escasos ingresos familiares contribuyen decisivamente para el precario estado de salud que afecta la población colectivamente.

En la cual, el tiempo de residencia, enfermedades crónicas e infecciosas, estado nutricional y la alimentación, inseguridad alimentaria, la salud de la mujer gestante, las condiciones del agua y ambientales, exige un aumento reciente de las enfermedades atópicas y autoinmunes, reconociendo la participación de un conjunto de factores genéticos, ambientales y socioeconómicos. Los que sufren de estas enfermedades portan rasgos genéticos que los predisponen a ellas. En que el ambiente se convierte en lugar de interacciones, en que el hombre entra en contacto con su condición de signo que crea para controlarlo. Es importante conocer y entender los mecanismos de transmisión y mantenimiento de la enfermedad en el medio ambiente. Predecir donde y como se puede producir la enfermedad, para poder así desarrollar técnicas de control adecuadas. Los dos factores principales que determinan la ocurrencia de una enfermedad son la distribución y el tamaño de las poblaciones, con la existencia de alimento, tamaño, competencia, depredación.

En la realidad social aparecen condensadas en la conceptualización que se tiene del problema de la salud; sin embargo, aun cuando el concepto de salud como fuerza de vida y su historicidad no está acabado, es discutido desde distintos aspectos teóricos, que van desde la definición dada

por la OMS: «La salud es un completo estado de bienestar, psíquico, físico y social», pasando por la definición que conceptualiza «la salud como una mercancía, como una inversión de capital, con oferta en el mercado», o sea, la salud industrial, representada en un fenómeno de productividad; hasta llegar a la definición dada por lo que se ha denominado “el proceso de salud-enfermedad” (Barona y Alvares, 1980, pp. 106). Partiendo de esta reflexión y tomando el principio del proceso como instrumento de análisis, para la idea específica de la definición de salud, dentro del marco del proceso salud-enfermedad, donde hay un ser humano con un ciclo de nacimiento, crecimiento y muerte, la comprensión del fenómeno salud-enfermedad se niega al manejo tradicional de que «la salud es un completo estado de bienestar ... (OMS)», es decir, se niega a considerar a la salud como un estado y a la enfermedad como otro, y que éste último" requiere la acción de factores ajenos a la persona como médico, hospital, drogas y asistencia en general para salir de este estado y volver al otro (Barona y Alvares, 1980, pp. 109). Concluimos que en tanto en el territorio se dan los procesos de producción y reproducción social junto al metabolismo sociedad-naturaleza, son estos procesos los que constituyen la base de la determinación social que establece los perfiles salud-enfermedad-muerte de las poblaciones que lo habitan. Arriesgamos a sostener que el territorio es el escenario estratégico de disputa entre una visión que lo ubica como fuente de acumulación y por lo cual intensifica sus procesos de expoliación y explotación, contra una visión que lo ubica como el escenario donde se gesta la vida y su sustentabilidad (Borde y Torres, 2017, pp. 272).

Prevalencia de enfermedades

El territorio visto como una construcción social, que no se desarrolla aislado de las condiciones naturales, sino que éstas están permanentemente condicionando y permitiendo dicho proceso, se debe tener claridad que aunque el territorio no pueda ser reducido a las condiciones

geoecológicas presentes (sean originarias o transformadas), no se podría hablar de territorio (ni de sociedad) sin tener en cuenta dichas condiciones (Moreira 1982, pp. 41). En la muestra de los jóvenes escolares y padres de familia, podemos decir que se rigen por un modelo de análisis en que los determinantes de la salud de la población se presentan desde el modo y las condiciones de vida, la salud-enfermedad y el medio ambiente, condicionados por el tipo de organización económico/social. Apareciendo dentro del modo de vida, las malas condiciones habituales de vida (vivienda y percepción del medio ambiente), la dimensión promedio del hogar, la escolaridad de padres e hijos, el estado civil y la zona en que viven (Bernal, 2003, pp. 49). En que el modelo ecológico considera la interacción e integración como modo de relación entre el individuo y su entorno. Por consiguiente “la salud de la población está determinada por las condiciones sociales y económicas que cada sociedad genera, se expresa en diferentes niveles y se concretiza en el ambiente natural y familiar, bajo específicas condiciones de los servicios de salud y mediante el componente individual de carácter psicobiológico” (Bernal, 2003, pp. 49).

El análisis de datos sobre percepción individual del estado de salud también ha demostrado ser acertado en la aproximación a un perfil objetivo de la salud y un buen predictor del uso de los servicios médicos (Acosta, 2014, pp. 5). Un buen estado de salud es esencial no solamente desde el punto de vista social y del bienestar de hecho visto también desde una valoración económica. Como consecuencia, sociedades con mayores cargas de enfermedad tienden a tener mayores impedimentos para el crecimiento económico (Acosta, 2014, pp. 36). Sin lugar a duda, la salud y enfermedad son términos complementarios. Salud es un concepto complejo, que resulta de un doble equilibrio, el que tiene lugar entre los procesos biológicos de los individuos y el ambiente en el que se desarrollan, y el derivado de las aspiraciones personales, y las posibilidades del medio para satisfacerlas. Más aún que la capacidad de respuesta biológica y conductual frente a

estimulación ambiental, puede resultar en programación metabólica temprana, en cambios en la dinámica del crecimiento y desarrollo, (cambios seculares), en situaciones transitorias de desequilibrio mientras dura una enfermedad. La salud de los individuos y poblaciones dependen de la llamada salud ambiental (OMS, 1986) para valorar la salud de las poblaciones (Bernis, 2005, pp. 8).

De igual importancia, la diversidad cultural y el cambio temporal de patrones de conducta social, genera respuestas biológicas y conductuales en los individuos, de una manera global un determinado cambio en un patrón cultural, (pe. reducción de la ingesta calórica) determina respuestas biológicas comunes (pe. reducción de la tasa metabólica), y de comportamiento,(reducción de la actividad física: disminución del tiempo la actividad física) sin embargo, la intensidad de la respuesta y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo, depende de la duración y la intensidad del estímulo, y de la edad y el sexo de los individuos afectados. En resumen, podemos decir que el hombre tiene un mecanismo de desarrollo regulativo, basado en la plasticidad (Bernis, 2005, pp. 6). La influencia del clima sobre la ‘constitución’ de los lugares y los habitantes y su asociación con ciertas enfermedades en determinadas regiones, es importante para comprender la construcción de cuadros nosológicos, las estrategias de control, de prevención y de curación de las enfermedades. (Cardona y Vásquez, 2011, pp. 310)

Los indicadores de salud permitieron el establecimiento de algunas relaciones, por ejemplo, se ha asegurado que las poblaciones que presentan menores condiciones de vida, al mismo tiempo, presentan mayores índices de mortalidad por enfermedades como la diarreica aguda (EDA) (ASIS, 2016). Es decir, que es posible establecer que los determinantes intermediarios reflejan una de las desigualdades a las cuales se enfrentan las poblaciones rurales y urbanas, los cuales inciden directamente en el apareamiento de patrones de enfermedades (Rodríguez y Benavides,

2016, pp. 368). Realizando una diferenciación entre morbilidad como cantidad de personas que enferman en un lugar y en un periodo de tiempo, en cambio mortalidad son los que mueren por distintas causas en un determinado lugar y tiempo. Pero el contacto con aire contaminado se vuelve un factor de riesgo para la salud, produciendo un desequilibrio en los sistemas defensivos del organismo, debido a la circulación de aire en la atmosfera, dañando la capa de ozono, conduciendo a un cambio climático, ocasionando la destrucción de áreas de cultivo y de fuentes de trabajo y hogares en todo el mundo, lo que provoca pobreza, enfermedad y muerte.

Al incluir el aspecto del ambiente, actualmente el planeta tierra está teniendo un cambio en su clima, derivado de todos los procesos antrópicos de la industrialización que parecen influir sobre “la distribución temporal y espacial climática, así como sobre la dinámica estacional e interanual de patógenos, vectores, hospedadores y reservorios de enfermedades. El fenómeno de “El Niño” es el ejemplo más conocido de variabilidad climática natural y se asocia a un aumento del riesgo epidemiológico de ciertas enfermedades transmitidas por mosquitos, sobre todo de la malaria, además del Dengue, Encefalitis virales, fiebre amarilla, Leishmaniosis.” (López y Molina, 2005, pp. 178) Incluyendo a esos cambios climáticos inundaciones y sequías que podrían aumentar el contacto humano con nichos bacterianos más resistentes (garrapatas de cuadrúpedos), cuya colección de datos climáticos y de estadísticas de enfermedades infecciosas, crónicas es importante para detectar factores de riesgo en la familia. De la misma forma, “la conservación de la naturaleza ha pasado de ser un problema puramente ecológico, social y económico, a uno de salud, por las razones expuestas, y de continuar descuidando estos aspectos, aparecerán en el futuro cercano enfermedades impredecibles y de pronóstico grave, por no tener defensas contra ellas” (Jaramillo, 2010, pp. 46). Debido a que las causas más importantes de muerte son las enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas. Además aún siguen persistiendo las

enfermedades transmisibles y la desnutrición como causa de morbilidad y mortalidad, observándose simultáneamente un importante aumento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.¹⁶

Patrón alimentario

Para el hombre primitivo el alimento además de permitir la supervivencia también era algo para compartir con el clan o la tribu, lo mismo que las zonas de cacería o la caza misma (Lowenberg *et al.*, 1970: 14). La alimentación transgredió las barreras de la supervivencia y se insertó en procesos más complejos, los alimentos no solo cumplen su función primordial de satisfacer el hambre y cumplir con sus tareas nutritivas, los alimentos nos sirven también, para promover la amistad y el acercamiento social, favorecer la aceptación interpersonal y establecer vínculos (López, 2010, pp. 40). Las costumbres alimenticias varían de un conglomerado cultural a otro, porque cada uno, en su evolución propia, crea un sistema complejo de normas de conducta. Los individuos situados dentro de cierta cultura, responden a las presiones de la conducta sancionada por su sociedad, eligiendo, consumiendo y utilizando los alimentos puestos a su disposición (Lowenberg *et al.*, 1970: 99).

Las influencias culturales y comunitarias no sólo determinan los alimentos que han de comerse, sino también los patrones que rigen las comidas, el número diario de ellas, el modo de hacerlas y los utensilios que han de emplearse. La elección del patrón de las comidas se ve influenciado por factores externos tales como la economía del país y la distribución de los ingresos entre su población, el acceso o no al dinero define en gran medida lo que se compra para la alimentación y lo que está fuera del alcance de las familias. Los adelantos tecnológicos, el fácil acceso a las vías para el transporte de los alimentos, entre otras condiciones parecen situaciones sencillas pero influyen notablemente en el tema de la elección de los alimentos para

¹⁶ www.who.int www.paho.org

el consumo (López, 2010, pp. 41). El número de comidas diarias que el organismo necesita depende de las costumbres de cada persona, del estilo de vida y de la actividad laboral o física que realiza, de acuerdo a estos parámetros, el número de ingestas recomendadas no debe ser inferior a tres (desayuno, almuerzo y cena). Nuevas corrientes en la nutrición destacan que el número ideal de comidas que deben hacerse al día está entre tres y cinco, porque menos de tres comidas es demasiado poco para una persona y más de cinco significa exceso (Consumer, 2010). Por cuanto la disponibilidad de los alimentos se ve limitada por factores ecológicos, demográficos y sociales, la necesidad de disponer de ellos ha frenado la intrusión en distintos espacios ambientales, impidiendo el desmesurado crecimiento poblacional y ha impuesto a su vez tabúes y otras formas de control social que eviten su agotamiento (Rodríguez, 2006, pp. 42)

Estado Nutricional

Conocer los efectos tanto del impacto como de las respuestas del individuo, el desempeño en la actividad física, el crecimiento, la resistencia a las enfermedades y la reproducción, que puede estar sujeto a factores que pueden retrasar o detener los desequilibrios metabólicos producidos por deficiencias nutricionales o por enfermedades, o ambas causas, proporcionan una excelente fuente de información, tendiente a reconstruir causas y efectos, correlacionando naturaleza, natalidad y la morbilidad de las poblaciones humanas del presente. Cualquier factor ambiental conducente a desequilibrios metabólicos resultará en cambios visibles. Desde la configuración de la adaptación como población, la baja esperanza de vida, conjuntamente con la alta mortalidad infantil y la elevada probabilidad de muerte después de cierta edad, determinar el proceso de reproducción cultural (Rodríguez, 2006, pp. 48). Los indicadores antropométricos usan las medidas de crecimiento: estatura o longitud y el peso para conocer la nutrición del individuo. Reflejan por medio del IMC (Índice de Masa Corporal) la composición corporal del individuo,

permitiendo “un indicador funcional más importante del estado nutricional en niños y adolescentes para la velocidad media de crecimiento, que consiste en introducir un sistema de medición periódica del peso, la longitud o la estatura y así determinar la dinámica de crecimiento además de la talla para la edad” (Restrepo, 2000: 107).

La estatura es más estable que el peso, su velocidad de aumento se altera más lentamente por las influencias ambientales y se requieren periodos largos de enfermedad, privación afectiva o de una dieta deficiente para que se retrase el crecimiento lineal que refleja la historia nutricional del individuo, la estatura baja para la edad es un indicador descriptivo de desnutrición crónica, y amenaza con el retardo en el crecimiento (Restrepo, 2000: 136). Las medidas aisladas muchas veces no corresponden con las indicaciones precisas de lo que se pretende analizar, por ello es importante relacionarlas entre sí para poder hallar valores representativos de las medidas relacionadas: peso, talla y edad. Este indicador muestra el estado nutricional actual y/o pasado del joven y no permite hacer distinción entre los casos de desnutrición crónica y aguda (Malagón, 2001:95).



VII. Conclusiones

Los estudios de ecología humana permiten construir recomendaciones sobre educación ambiental y salud. Actualmente no hay estudios en Caucasia sobre cómo perciben las personas el ambiente urbano en el que viven, este es el primer acercamiento a esta problemática y esta es la visión de los barrios en las zonas urbanas del municipio.

La mayoría de los jóvenes consideran que viven en viviendas buenas, cuando completan las encuestas, este optimismo desaparece al realizar visitas domiciliarias donde la vivienda pasa a tener un estado regular y malo. Los jóvenes del estudio reflejan cierta inequidad geográfica y social norte-sur dentro del municipio porque proceden de hogares de viviendas propias

principalmente en la zona norte y centro y que en la zona sur tienen viviendas arrendadas. La inequidad en necesidades básicas insatisfechas así mismo se encontró en hogares que solo usan un servicio público para la zona sur y en cambio la zona norte y centro cuenta la vivienda con varios servicios instalados. Por otro lado, a pesar que el agua procede de pozo y acueducto, más del 80% usan agua filtrada por la baja calidad de las fuentes urbanas de agua. La inequidad afecta al medio ambiente, ya que a pesar de la presencia del gas natural como principal modo de energía para cocinar, hay presencia en el casco urbano de leña para cocinar en más del 3% de los hogares. La presencia del alcantarillado solo está en el 72,7% de los casos, a pesar de que en el casco urbano se debería caracterizar por tener el alcantarillado generalizado como un servicio universal. La ausencia de este servicio se convierte en una fuente de contaminación al usar el río, el campo abierto, el pozo séptico y los caños. Aunque la deposición de basuras urbanas y su recolección en camión se observa en el norte y centro de un modo muy sistemático, en cambio en la zona sur está quemando las basuras y la zona centro y San Miguel las depositan frecuentemente en terrenos baldíos o las eliminan de su entorno inmediato por deposición en el río, causando problemas río abajo

Para las condiciones del sistema de salud, la satisfacción y el cubrimiento de las necesidades, los jóvenes perciben la necesidad de la mejora de las infraestructuras, ya que a pesar de haber una clínica y hospital no cumplen el papel de calidad del servicio en todas las zonas de Caucasia. Actualmente, el itinerario curativo percibido por los jóvenes asocia a la comunidad y el hogar como principales fuentes de conocimiento para tratar la enfermedad.

Aunque son jóvenes, sólo el 54% consideró que es buena su salud, percibiendo que ya hay un ambiente de enfermedad. Y en la distribución por barrios, los jóvenes del centro asumen muchos una condición de salud mala con enfermedades, y en cambio en la zona norte y sur asumen las

enfermedades como buenas. Tanto entre los jóvenes como entre las familias se encuentran enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema endocrino, nutricionales y metabólicas y a su vez entre las familias hay mayor prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio. Para la distribución por barrios, en la zona centro prevalecen las enfermedades de la piel y de la sangre y para las familias en la zona sur es donde se presentan más estas enfermedades.

El hábito alimentario permite evidenciar un alto consumo de snacks y grasas los 7 días de la semana y poco consumo, todos los días, de frutas por parte de los jóvenes. Con un patrón de consumo alimentario que muestra diferencias entre lo que se comen en casa y en la escuela. En el hogar, en momentos de escasez, se reduce la ingesta de alimentos para los adultos, y se mantiene con prioridad en los niños y jóvenes.

Actualmente hay alta proporción de sobrepeso y obesidad y pero a su vez no ha desaparecido la delgadez y el riesgo de delgadez en los jóvenes del municipio. Esto pudiera indicar una transición nutricional en Caucasia. En la distribución de los jóvenes por barrios se encontró que para la zona centro hay un IMC de delgadez y además de talla baja para la edad. Los jóvenes se autodescriben con un estado nutricional entre bueno y regular, y manifestaron que a pesar de “comer bien” esos nutrientes no son suficientes.

Por tanto, la salud y la enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los modos y estilos de vida. Además, se puede concluir con el estudio que el ambiente, la higiene y los servicios de salud, permiten relacionar las condiciones de vida con la salud.

Recomendaciones para construir programas de educación ambiental y mejorar las condiciones del medio ambiente

Es necesario el manejo ambiental de caños aun destapados y recomendar la deposición final de basuras urbanas, sólo en lugares aptos.

Es recomendable que la educación asuma el tema de la higiene de la vivienda ya puede ser un tema de fácil comprensión pues la comunidad le da la importancia de un “espacio sano”.

La tala de árboles en el espacio público reduce la capacidad de descontaminación natural de los sistemas urbanos, no se debe promover la tala sino implementar la mejor estrategia para su traslado.

Es recomendable que la educación en el municipio asuma la manipulación adecuada de alimentos como un reto para la prevención de enfermedades transmisibles dentro de los objetivos de una educación alimentaria en el hogar y la escuela.

También es necesaria la visita de nutricionistas y antropólogos a las escuelas para mejorar los conceptos básicos de alimentación dentro de los hábitos de la cultura local en Caucasia para mejorar la adecuada ingesta de alimentos.

Es recomendable realizar diagnósticos nutricionales en las instituciones regularmente para la prevención de la obesidad y delgadez.

También es necesaria la implementación de programas de educación física, posibilitar actividades y espacios deportivos para evitar el sedentarismo tanto de jóvenes como de adultos.



VIII. Bibliografía

- Acosta, K. (2014) La salud de las regiones colombiana: Inequidad y Morbilidad. Documentos de trabajo sobre economía regional. Número 123. Diciembre. Banco de la República. Cartagena.
- Alland, A, (1970) *Adaptation in Cultural Evolution, an Approach to Medical Anthropology*, Nueva York, Columbia University Press.
- Azuero, F. (2012) La organización institucional y la regulación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia. En: La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones / compiladores Óscar Bernal, Catalina Gutiérrez. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes. Pp. 183-208
- Banco Interamericano de Desarrollo. División de Género y Diversidad. Nota técnica, # IDB-TN-762. Vivienda en el Medio Urbano. Nota Técnica Sectorial para la Incorporación del enfoque de Igualdad de Género. División de Género y Diversidad. SCL/GDI noviembre 2014.
- Barona, N, y Álvarez, L. (1980) El proceso de salud-enfermedad: un fenómeno social. Relación entre ciencias sociales y salud. En: Bloch, E. el principio esperanza. Madrid. Pp. 100-110.
- Bernal, I. (2003) La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública. V. 29 (1): p. 48-51. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Bernis C. (2005): *Ecología Humana*. En: Para comprender la Antropología Biológica. (Rebato E., Susanne C., Chiarelli B. eds.) Editorial Verbo Divino. Navarra (España), pp. 643-654.
- Borde E. Torres, M (2017) El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde Debate. Rio de Janeiro V.41 # Especial, pp. 264-275.

- Cardona, H., Vásquez, M. F., (2011) Enfermedad deformante, degeneración y clima en Colombia, 1880-1920. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 303-319. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.
- Delgado, O. (2003). *Debates sobre el espacio en la geografía contemporánea*. Bogotá.
- Delgado, O. (2001). *Geografía, espacio y teoría social*. En: *Espacio y Territorios, razón pasión e imaginarios*. Red de estudios de espacio y territorio, RET. Universidad nacional de Colombia. Bogotá.
- Dumoy S., Justo. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 453-460. Recuperado en 22 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400019&lng=es&tlng=es
- Espinoza, A., Gómez, G. (2010) Hacia una concepción socio-física de la habitabilidad: espacialidad, sustentabilidad y sociedad Palapa, vol. V, núm. 10, enero-junio, pp. 59-69 Universidad de Colima. Colima, México
- Eyzaguirre, C. (2016) *El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- Figuroa, D, (2004) Estado Nutricional como factor y resultado de la seguridad de alimentos y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Rev. Salud publica* 6(2) pp.140-155.
- Fresno C., C. (1997). *Sistemas de atención de salud: Dilemas que enfrenta el sector*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23(1-2), 55-64. Recuperado en 22 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100005&lng=es&tlng=es

- Garrett, James L. (2002). Logrando la seguridad alimentaria y nutricional en el mundo en desarrollo. In: Washington, IFPRI, editor. Revista "Agenda inconclusa", 33-45.
- García, A. F. (s.f.) El crecimiento y la nutrición como objeto de estudio de la antropología nutricional. Notas.
- Gobernación de Antioquia, (2007). Atlas veredal. Departamento de Antioquia. 2º Edición. Impresos el Día. Noviembre. Antioquia. p. 15.
- Gobernación de Antioquia (2004). Perfil Alimentario y Nutricional de los hogares del departamento de Antioquia. Programa de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia, MANA. Universidad de Antioquia.
- Good, B, (1994) Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press (Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Íñiguez L. y Barcellos C. (2003) Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias. Rev. Cubana Salud Pública [Internet], Dic [citado 2017 Sep. 29]; 29 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400007&lng=es.
- Hernández, G. (2010) Cuatro aportes desde la antropología para comprender la emigración. Revista universitas humanística no.74 julio-diciembre de 2012 pp: 35-56. Bogotá - Colombia
- Jaramillo-Antillón, J. (2010) Ecología - Salud y enfermedad. Acta Médica Costarricense, vol. 52, núm. 1, enero-marzo, pp. 43-48. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. San José, Costa Rica. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43415474011>
- Langdon E. J., Wiik F. B. (2010) Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Mayo – Junio.

- López, L. (2010) Seguridad alimentaria y estado nutricional en las estancias el caso del centro infantil Arcoíris. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Lowenberg, M. Todhunter, E. Wilson, E, Feeney y M. Savage, J. (1970). Los alimentos y el hombre. Editorial Limusa-Wiley. México.
- Maya, M. (1998) “El modelo alimentario en la zona rural de Medellín, Colombia”. *Agroalimentaria*7: 67-79.
- Medina V., G. (2010). Ecología de enfermedades infecciosas emergentes y conservación de especies silvestres. *Archivos de medicina veterinaria*, 42(1), 11-24.
En: <https://dx.doi.org/10.4067/S0301-732X2010000100003>
- Montoya, P. (s.f.) Alimentación, nutrición y salud. Prosalud.
- Montoya *et al* (2009) Epidemiología y la relación salud-ambiente: reflexiones sobre el cambio ambiental, desarrollo sustentable y salud poblacional. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 27(2): 211-217.
- Molina, A. (2018) Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad. Saúde Pública*; 34(1):e00075117
- Morán, E. F. (1997) La ecología humana de los pueblos de la Amazonia. Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz M., Sonia. (2011). Salud y desarrollo en el contexto Latinoamericano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2) Recuperado en 29 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200012&lng=es&tlng=es.
- Murillo, O, (2012) Desafíos en la prestación de servicios de salud en zonas rurales de Colombia. “Experiencia del proyecto malaria fondo mundial”. Universidad Nacional De Colombia

Facultad de Medicina Especialización en Administración en Salud Pública Bogotá D.C,
Colombia

Organización Panamericana de la Salud, Comisión Europea y WFP. (2005) Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país. Informe Final. Bogotá D.C.

_____ (s.f.) Patrón alimentario, cocina y dieta: definiciones antropológicas desde una perspectiva teórica pp. 1-20.

_____ (s.f.) Las canastas básicas alimentarias en México. Contenido y determinantes de 1980-1998.

Pasca, L. (2014) La concepción de la vivienda y sus objetos. Universidad Complutense de Madrid.

Pelto, G. (1988) “Tendencias en la investigación antropológica nutricional”. En: *Carencia alimentaria. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Ediciones del Serbal, pp.45-64.

Plan Educativo Municipal Caucaasia 2010 – 2016. Departamento De Antioquia. Municipio De Caucaasia. Secretaría De Educación. “En Caucaasia Todos Valen”. Pág. 168.

Pons *et al* (2010) Estudio Cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia. Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 42 n° 2, p. 237-250. ISSN 0120-0534

Posada, I. C., Mendoza, A., Restrepo, C., Cano, S., Orozco, I.C. (2015) Factores determinantes de la salud y la enfermedad: mujeres en condición de desplazamiento en Medellín. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 15, núm. 31, julio-diciembre, 2016, pp. 262-276. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Restrepo, M., T. (2000) *Estado nutricional y crecimiento físico*. Medellín, Universidad de Antioquia, pp. 557.

- Resultados y proyecciones (2005-2020) del censo 2005. DANE. Página de la Gobernación de Antioquia. Mapas Regionales.
- Rodríguez Cuenca, J. V. (2006). Enfermedad y ecología humana. En: Las enfermedades en la condiciones de vida prehispánica de Colombia. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Antropología. Pp. 41-49.
- Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. (2016) Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 34(3): 359-371. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10.
- Robledo, E. (1916) Geografía médica y nosología del departamento de Antioquia. En: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina>
- Rosique Gracia, J. García, A. F., Villada, A. (2012) Estado nutricional, patrón alimentario y transición nutricional en escolares de Donmatías (Antioquia). En: Revista Colombiana de *Antropología*, Volumen 48 (1), enero-junio, pp. 97-124.
- Rosique G., J. (2002) “Perspectivas de la investigación en la evaluación del estado nutricional”. En: *Perspectivas en Nutrición Humana*. núm. 8, pp. 91-120.
- Rosique Gracia, Álvarez, & Restrepo, 2004, La adaptabilidad nutricional en ecología humana. Utopía Siglo XXI. Vol. 2. N° 10, 2004. pp. 44-58.
- Rosique, J., Rebato, E., Ordoñez, I. (2003) “El crecimiento y desarrollo del cuerpo humano en los estudios recientes de antropología biológica”. En: *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*. v. 17 fasc. 34, pp. 290-311.
- Santos, J.J. (2013) Determinantes socioeconómicos del estado de salud percibido en la Región Caribe colombiana. Universidad de Cartagena. Facultad de ciencias económicas programa de economía. Cartagena de Indias.

- Sevilla, R., Almanzar A., y Valadez, L, (2014) La vivienda y su impacto en la salud ciencia, octubre-diciembre. Pp. 80-87
- Velásquez, A. (2005) Factores económicos asociados a la nutrición e impacto de programas de reducción de la pobreza en la desnutrición de países en desarrollo. Una revisión sistemática. Preval, Fida.
- Vergara Quintero, M. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7 (1), 105-133.
- Zubieta y Cruz (2012) Factores de riesgo de tuberculosis pulmonar en pacientes del hospital Corea, Ciudad el Alto. Cuadernos Hospital de Clínicas vol. 55(2).
- Zuliani Arango, Liliana. (2010). El aporte de la epidemiología a la salud colectiva. *Iatreia*, 23(4), 354-361. Retrieved October 10, 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400005&lng=en&tlng=es
- Zuluaga, G. (2006) La construcción cultural de la salud y la enfermedad. Aproximación desde un diálogo intercultural. Seminario Internacional de Etnoecología y conocimiento tradicional. Universidad de Rosario y Universidad Complutense de Madrid. Bogotá



IX. Anexos

Formato de Encuesta Sociodemográfica jóvenes

		Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Departamento de Antropología Seccional Bajo Cauca Caucasia				Encuesta Epidemiología y Salud Ambiental para Tesis de Grado. 2018	
Marque con una X la(s) opción(es)							
Número de Ficha		Fecha					
Institución							
Grado:				Barrio			
Sexo:		Femenina	Marculina			Teléfono	
Edad:							
Fecha y lugar de Nacimiento:		Sirben	Si	Na	Régimen		
		Puntaje			Contributiva		
		EPS	Si	Na			
		Nombre EPS			Subridada		
Nombre de dónde es la atención de la EPS							
¿Vive con sus padres?		Si	Na (Sierte en tu cuerpo, ¿con quién?)				
Autoreconocimiento étnico		Indígena	Afra	Blanca	Mestiza		
Nombre de la Comunidad							
Hogar							
Número de personas en el hogar (sin incluirte)		Personas en otra		Ciudad		Personas en el	
						Ciudad	
Niñar		Niñar				Niñar	
Adultar		Adultar				Adultar	
Vivienda							
Tipo de Vivienda		Casa	Apartamento	Cuarta	Parcelar	Finca	
Estado de la Vivienda		Buena	Regular	Mala	Otra		
Tipo de Material		Ladrilla	Blaque	Cancrota	Otra		
¿Está Revocada?		Si	Na	Pizar	Madera	Baldara	Cemento Granita
Servicios Públicos		Energía	Alcantarillada	Otra:			
		Acueducta	Gar Natural				
Tipo de Agua para el Consumo		Paza	Afluento	Acueducta	Otra		
Energía para cocinar		Luz	Gar de Pipeta	Leña	Gar Natural		
Unidad sanitaria		Si	Na	De donde viene del agua para:			
Depuración de Agua Residual		Paza Séptica	Ría	Cocinar			
Alcantarillada		Campa Abierta	Ciénaga	Baño			
Depuración de		Quema	Camión	Lavada de ropa			
		Ría	Ciénaga				
		Campa Terrena					
		Abierta	Baldía				
vivienda		Propia	Arrendada	Barrio			
		Campartida	Campamentera	¿Hay cañar? SI NO			
		Mayoría	Baldía	¿Hay ciénaga? SI NO			
				Nombre del Cañar:			
Nombre de la Ciénaga							
¿Saber el horario de recolección de Basuras?		Si	Na		Horario:		
¿Calle pavimentada?		Si	Na	Página	¿Hay arboles? SI NO		

El formato para padres es igual, solo agregando:

Ocupación	Si	No	Actividad	
Ingresos Mensuales				
Estado Civil:	Soltería	Unión libre	Autorreconoci- miento étnico	
	Casado(a)	Divorcio		Indígena Afro Blanco
	Viudez			Mestizo Otro
Último nivel de estudios terminado:	Primaria	Secundaria	Nombre de la comunidad	
	Bachillerato	Técnico	Lugar de residencia los últimos 5 años	
	Tecnológico	Universidad	Causa del cambio de residencia	
	Ninguno	Otro		
	¿Cual?			
Nombre del título obtenido				

Formato de Encuesta de Salud

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1863</p> <p>Encuesta Epidemiología y Salud Ambiental para Tesis de Grado. 2018</p>	<p>Universidad de Antioquia</p> <p>Facultad de Ciencias Sociales y Humanas</p> <p>Departamento de Antropología</p> <p>Seccional Bajo Cauca</p> <p>Caucasia</p>	<p>Selecciona con una x la opción que le parece según la pregunta.</p>				
	<p>¿Cuál es su grado de satisfacción con los servicios de salud que usted y su familia han utilizado en el último año?</p>		Muy satisfecho/a	Algo satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a
	<p>¿Por qué?</p>					
	<p>¿Cuál es la salud percibida en el último mes?</p>		Excelente	Buena	Regular	Mala
	<p>¿Por qué?</p>					
<p>Pensando únicamente en sus problemas y necesidades de salud, ¿piensa que el sistema público de salud cubre todas sus necesidades en materia de salud?</p>						
<p>Estoy satisfecho/a, cubre todas mis necesidades</p>		<p>¿Por qué?</p>				
<p>Cubre bastante bien mis necesidades, pero creo que debieran incluirse algunas otras atenciones.</p>						
<p>No cubre mis necesidades de salud</p>						
<p>¿Cómo definiría a la palabra enfermedad?</p>						
<p>¿Se toma (o le toman) la tensión arterial al menos una vez al año?</p>		<p>Hay alguna enfermedad en la familia</p>		SI	NO	
SI	NO	<p>¿Conoce el nombre de la enfermedad?</p>				
<p>¿Cuándo se ha tomado (o le han tomado) la tensión por última vez?</p>		<p>Enfermedad Propia SI NO Nombre</p>				
<p>¿Sufrir de hipertensión?</p>		SI	NO	<p>¿Cuáles son las mayores inquietudes actuales de salud para usted?</p>		
<p>Toma medicamentos?</p>		SI	NO			
<p>¿Sufrir de problemas cardiovasculares?</p>		SI	NO	<p>¿Qué factores impiden que la gente de la comunidad reciba tratamiento médico?</p>		
<p>¿Se ha vacunado recientemente?</p>		SI	NO			
<p>¿Se ha realizado la mamografía?</p>		SI	NO			
<p>¿Cuándo fue la última vez la mamografía?</p>		<p>¿Qué necesita para mejorar la salud en la comunidad?</p>				
<p>¿Se ha realizado la citología?</p>		SI	NO			
<p>¿Ha acudido a un centro hospitalario recientemente?</p>		SI	NO			

¿Realiza actividades físicas como deportes?	SI	NO	¿De dónde obtiene la información de salud?
¿Cuáles?			
Calendario reproductivo (solo si es mujer)			¿Cuál es la forma de cuidados durante la enfermedad?
Fecha de la primera menstruación			
¿Cuántos hijos tiene?	F	M	¿Cuáles otras formas de atender a la enfermedad hay en la región?
¿Cuándo fue la primera gestación?			
¿Cuándo fue el último parto?			¿Cuál es la percepción de su estado nutricional?
¿Ha tenido abortos?	SI	NO	
¿Cuántos?			
¿El parto fue en casa o una entidad de salud?			
¿Lo asistió un médico? ¿una enfermera? ¿una auxiliar de enfermería? ¿promotora? ¿partera? ¿otro?			
¿Acudió a visitas prenatales?	SI	NO	
¿Planifica?	SI	NO	
¿Tiene el sistema de vacunación completa?	SI	NO	
¿Tiene el carnet? SI NO			

Formato Encuesta Ambiental

	Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Departamento de Antropología Seccional Bajo Cauca Cauca		Encuesta Epidemiología y Salud Ambiental para Tesis de Grado. 2018
	¿Conoce usted los problemas ambientales de su barrio?		
¿Está de acuerdo con la contaminación ambiental?			
¿Reciclas en tu hogar? ¿cómo las separas?			
¿Reciclar ayuda a mejorar el ambiente?			
¿Conoces los tipos de contaminación que existen?		¿Conoces el destino de las basuras? ¿Dónde?	
¿En el colegio hay campañas de recolección de basura y su reciclaje?	¿Por qué es importante el medio ambiente?		
¿Cómo contribuyes a tu medio ambiente?			
¿Tiene mascotas? SI	NO	¿Qué tipo?	

Formato de Patrón Alimentario

Patrón Alimentario Hogares (Marcar con una X los alimentos que consumen según el día de							
Grupo de	Frecuencia x pers./Semana (%)						
Cereales	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Azúcares y	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Cárnicos, huevos, leguminosas secas y mezclas	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Lácteos	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hortalizas, leguminosas verdes y	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Raíces, tubérculos y	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Frutas	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Snacks	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Grasas	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Cuales la base de sus comidas diarias. Por ejemplo: Desayuno principal los Lunes son los Huevos, café con leche, o arepa. La variante son la arepa, la aguapanela. (L-Lunes; M-Martes; M-Miercoles; J-Jueves; V-Viernes;

	Desayuno	Media-mañana	Almuerzo	Algo	Comida	Merienda
Princi pal	L	L	L	L	L	L
	M	M	M	M	M	M
	M	M	M	M	M	M
	J	J	J	J	J	J
	V	V	V	V	V	V
	S	S	S	S	S	S
	D	D	D	D	D	D
Varia nte	L	L	L	L	L	L
	M	M	M	M	M	M
	M	M	M	M	M	M
	J	J	J	J	J	J
	V	V	V	V	V	V
	S	S	S	S	S	S
	D	D	D	D	D	D

Formato de actividad física y peso/talla

Actividad Física					
Horas Semanales	LUNES		MIERCOLES		VIERNES
	MARTES		JUEVES		SABADO
	DOMINGO				
¿cómo percibes tu condición física?			Buena	Regular	Mala
Peso 1	Peso 2	Peso 3	Estatura		