

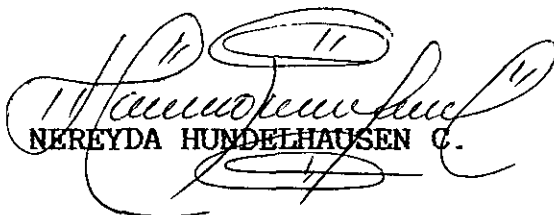
Cartagena, 30 de Octubre de 1990

Señores
CONSEJO DE FACULTAD
Facultad de Trabajo Social
E. S. D.

Estimados Señores:

Nos permitimos presentar a ustedes para su estudio y aprobación la tesis de grado titulada "La Recuperación de la Salud Familiar como Instrumentalización para el Desarrollo Integral del Menor de 1 a 7 Años de la Comunidad de Fredonia de la Ciudad de Cartagena", en la cual hemos participado como Auxiliares de Investigación y como Investigadore los docentes ORLANDO DURANGO RUEDA e ISABEL PEREZ CHAIN, conformándose un equipo de trabajo que día a día fue consolidándose hasta llegar a la materialización del presente trabajo de investigación.

Cordialmente,


NEREYDA HUNDELHAUSEN C.


MARIA AMPARO BATISTA J.

Cartagena, 30 de Octubre de 1990

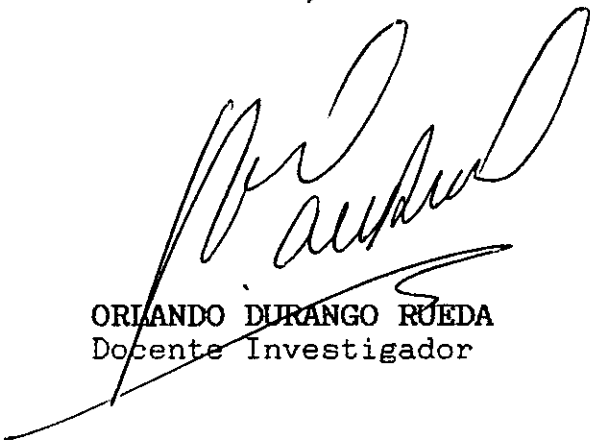
Señores
CONSEJO DE FACULTAD
Facultad de Trabajo Social
E. S. D.

Distinguidos Señores:

Tenemos el agrado de presentar a ustedes para su estudio y aprobación la tesis de grado titulada "La Recuperación de la Salud Familiar como Instrumentalización para el Desarrollo Integral del Menor de 1 a 7 Años de la Comunidad de Fredonia de la Ciudad de Cartagena", en la cual hemos participado como Investigadores Principales y como Investigadores Auxiliares participaron: NEREYDA HUNDELHAUSEN CARRETERO y MARIA AMPARO BATISTA JUNCO, estudiantes egresadas de la Facultad de Trabajo Social.

Seguros de que el presente trabajo se constituirá en un gran aporte para la dinamización de los procesos grupales y del quehacer profesional.

Atentamente,


ORLANDO DURANGO RUEDA
Docente Investigador


ISABEL PEREZ CHAIN
Docente Investigador

3

"LA RECUPERACION DE LA SALUD FAMILIAR
COMO INSTRUMENTALIZACION PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DEL MENOR DE 1 A 7
AÑOS, EN LA COMUNIDAD DE FREDONIA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA"

Investigadores Principales

DR. ORLANDO DURANGO RUEDA

LIC. ISABEL PEREZ CHAIN

Auxiliares de Investigacion

MARIA AMPARO BATISTA JUNCO

NEREYDA HUNDELHAUSEN CARRETERO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

CARTAGENA, 1990

4

"LA RECUPERACION DE LA SALUD FAMILIAR COMO
INSTRUMENTALIZACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL
MENOR DE 1 A 7 AÑOS. EN LA COMUNIDAD DE FREDONIA DE
LA CIUDAD DE CARTAGENA"

Auxiliares de Investigación:

MARIA AMPARO BATISTA JUNCO

NEREYDA HUNDELHAUSEN CARRETERO

Trabajo de grado presentado
como requisito parcial para
optar al título de
Licenciadas en Trabajo
Social.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
CARTAGENA 1990

AGRADECIMIENTOS

Damos nuestros sinceros agradecimientos a:

- Dios: Por ser guía espiritual en nuestras vidas.

- La Universidad de Cartagena quien a través de su Facultad de Trabajo Social cimentó y estructuró las bases científicas de nuestra formación profesional.

- La División de Integración Universitaria por su gran compañerismo y apoyo moral en cada una de las fases de esta investigación.

- Al Departamento de Sistemas, especialmente a nuestros amigos FARIDE, RENE, GUILLO y GUSTAVO por su decidida y desmesurada colaboración.

- Al I.C.B.F. que facilitó la realización de nuestras prácticas, por los grandes aportes a nuestro quehacer profesional.

- ORLANDO DURANGO e ISABEL PEREZ, investigadores principales, por su gran orientación y apoyo para la realización del presente trabajo, por compartir sus experiencias y conocimientos.

- A la comunidad de Fredonia quienes contribuyeron de una manera sincera y espontánea en el suministro de información de sus experiencias y que hoy constituyen el tema central de nuestra investigación.

- A todas aquellas personas y entidades que de una u otra forma colaboraron en la realización de la presente investigación, a todos ellos muchas gracias.

DEDICATORIA

A Dios, nuestro señor:

Por ser guía espiritual
de tan difícil sendero y
luz que ilumina todos los
días de mi existencia.

A mis padres, ROBERTO y GISELA

Porque con su amor, buen ejemplo
y dedicación, llenaron todos los
momentos de mi vida, y ayudaron
enormemente al logro de esta meta.

A mis hermanos, ROBE, PEDRO, PABLO JOSE y MILENA

Porque con su buen humor y comprensión
llenarán los momentos de desánimo
sintiéndome siempre acompañada.

A mis amigas DEISY, NORMA y JUDITH

Porque con su amistad desinteresada
me estimularon y dieron ánimo
para culminar esta tarea.

A todos ellos muchas gracias...

MARIA AMPARO BATISTA JUNCO

DEDICATORIA

Hago entrega de este valioso trabajo investigativo y los logros alcanzados con él a:

- El Divino Niño: Por haberme seleccionado para proyectar a través de mí esta investigación en pro del mejoramiento de la comunidad escogida para este estudio, gracias por su divina presencia.

- A mis padres TEMISTOCLES HUNDELHAUSEN, MARIA DE LA PAZ DE HUNDELHAUSEN y DIGNA CARRETERO quienes me dieron el ser y días a día fueron moldeando mi vida estructurando con bases sólidas mi futuro y quienes no titubearon al tener que desprenderse de mi presencia soportando con resignación llenos de fé, esperanza y optimismo mi larga ausencia, para hoy recibir orgullosos la culminación de una faceta de mi vida.

- A mis hermanos: WILLIAN, CARMENCITA, ROBE, YASMI y TEMI, por el desmedida e incansable apoyo brindado, haciéndome sentir siempre acompañada y rodeada de amor.

- A mis sobrinos: Por compartir con migo los momentos difíciles y celebrar orgullosos mis logros.

- A DORA PINERES, RINA DE LEON, ORLANDO DURANGO e ISABEL PEREZ CHAIN, por sus valiosos aportes como docentes y amigos brindándome siempre lo mejor de sus conocimientos y experiencias.

- A mis amigos: MARGARITA, ALBERTO, MARIELA, MARIA INES, CARLOTICA, RODRIGO y PAULINA, quienes con afecto y aprecio supieron acompañarme en todo momento.

- 11
- A la División de Integración Universitaria: Por mis mayores experiencias profesionales, el apoyo y estímulo brindado por mis queridos compañeros de trabajo.

A todos ellos muchas gracias.....

NEREYDA HUNDELHAUSEN CARRETERO

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

- 1. RECONSTRUCCION TEORICA DE LA PROBLEMATICA INFANTIL
 - 1.1 LAS CARACTERISTICAS QUE DEFINEN EL MODELO "BIOMEDICO"
 - 1.2 DEL REDUCCIONISMO POSITIVO AL INTERACCIONISMO SOCIAL
 - 1.2.1 Condiciones Históricas para la Incorporación de la Dimesión Social.
 - 1.2.2 El Carácter Procesal e Integral de la Concepción.
 - 1.3 CONTEXTUALIZACION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACION INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE FREDONIA
- 2. ESTRUCTURA PATOLOGICA DE LA POBLACION INFANTIL
 - 2.1 ASPECTOS GENERALES
 - 2.2 NATURALEZA DEL MEDIO AMBIENTE SOCIO-FISICO

2.3 FAMILIA Y SALUD

2.4 CONSECUENCIAS BIOFISICAS Y COMPORTAMENTALES DEL MENOR DE LA COMUNIDAD DE FREDONIA

3. PARTICIPACION: RECURSOS Y REHABILITACION DEL PROBLEMA

3.1 ELEMENTOS CLAVES DEL PROCESO PARTICIPATIVO

3.1.1 La Comunicación.

3.1.2 Los Valores.

3.1.3 El Contexto.

3.1.4 Los Recursos.

3.1.4.1 Recurso Humano.

3.1.4.2 Recurso Institucional.

3.2 COMPONENTES BASICOS DE LA PARTICIPACION

3.2.1 Apersonamiento.

3.2.2 Conocimiento.

3.2.3 Organización.

3.2.4 Movilización.

3.3 PROPOSITOS, NIVELES Y MOMENTOS DEL PROCESO
PARTICIPATIVO

3.3.1 Propósitos y Niveles.

3.3.2 Momentos del Proceso.

3.3.2.1 El Contacto.

3.3.2.2 La Conformación Grupal en la Conformación del
Sentido de Colectividad.

3.3.2.3 La Comunidad Definiendo Necesidades e
Instrumentalizando Prioridades.

3.3.2.4 El Colectivo Establece las Causas.

3.3.2.4.1 Aprendiendo de Otras Experiencias.

3.3.2.5 La Comunidad Establece los Mecanismos de Solución.

3.3.2.6 Definiendo los Recursos Existentes y Planteando los Faltantes.

3.3.2.7 Elaborando el Colectivo, el Proyecto de Trabajo.

3.3.2.8 El Taller Comunitario: Un Proceso de Desarrollo Colectivo.

3.3.2.9 La Multiplicación, la Articulación y el Grupo como Asamblea.

3.4 MATRIZ OPERACIONAL

3.4.1 Reconocimiento Grupal: Actividades y Procedimientos.

3.4.2 Proyecto: Actividades y Procedimientos.

3.4.3 Implementación: Actividades y Proyectos.

3.4.4 Evaluación y Crecimiento: Actividades y
Procedimientos.

3.5 LOS ACTORES DEL PROCESO

3.5.1 Comunidad y Agente Institucional.

3.5.2 En la Conformación de los Actores del Proceso, de
sus Funciones.

3.6 LAS INTERFERENCIAS EN EL PROCESO PARTICIPATIVO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

LISTA DE TABLAS

TABLA Nº 1: DISTRIBUCION DEL DEPOSITO DE EXCRETAS.
MAYO DE 1989.

TABLA Nº 2: NIVEL DE INGRESO DE LOS PADRES DE LOS
MENORES QUE SE ENCUENTRAN EN LOS HOGARES
DE BIENESTAR INFANTIL. MAYO DE 1989.

TABLA Nº 3: ENFERMEDADES MAS FRECUENTES

TABLA Nº 4: PRINCIPALES PATOLOGIAS COMPORTAMENTALES

TABLA Nº 5: SITUACION PARA DEMOSTRAR AFECTO

TABLA Nº 6 y 7: RECREACION DEL MENOR

INTRODUCCION

Es muy cierto que venimos sufriendo el impacto de una importante crisis en el país, que ha llevado consigo, la revisión del conjunto de factores que han configurado hasta el momento, los soportes de la estabilización de la sociedad colombiana. Los parámetros recesivos en que se mueve dicha coyuntura, han implicado acomodamientos que se vienen concretando en fundamentales renglones del bienestar social, fiel señal que nos encontramos en situaciones de fondo, cuyas alternativas necesitan estructurarse a un corto, mediano y largo plazo con la mayor cuota de responsabilidad y seriedad.

Parece muy cierto entonces, que los profesionales encargados de analizar el aspecto de la salud, se encuentran comprometidos en levantar propuestas que coadyuven a la solución de importantes necesidades sanitarias, acompañantes ésta últimas, de la cotidianidad de un vasto sector poblacional del país.

20

El problema no se agota en este asunto. Espacios urbanos que han sido, durante varios años, el recipiente poblacional de las expectativas del desarrollo industrial nacional y regional, han venido creciendo y acumulando consigo, importantes problemas en el área de la salud, que no pueden seguir siendo aplazados.

Por todas partes se escuchan las voces del remodelamiento del espacio productivo-industrial, más éste se verá sumamente reducido y conflictuado, si junto al ingrediente de la productividad, no echamos mano de medidas pertinentes encargadas de dar respuestas reales a problemas antiguos que seguimos sobrellevando y que han venido a sumarse a los generadores por la modernidad alcanzada, en nuestros grandes centros urbanos.

El problema tiende en este sentido a ser bastante complejo. Seguimos sin poder resolver con políticas de fondo, las graves cifras de desnutrición que afectan la población infantil, pero a ello se agrega el ambiente patógeno creado por los espacios tuguriales de cualquier ciudad, generado como resultado de industrialización y el consecuente desplazamiento de la población rural hacia los polos de desarrollo urbano. Todavía sigue siendo aplazado el problema de nueve millones de colombianos sin acceso a los servicios de salud (médicos,

alcantarillados, letrinas, etc.).(*)

Y a ello nos toca agregar la progresiva descomposición social de los grandes núcleos poblacionales, manifiesta a través de robos, crímenes, agresión sexual, drogadicción, etc., producto de la masificación anárquica de estos mismos espacios y la insuficiente respuesta de recursos a expectativas que fue generando nuestro rápido crecimiento.

Seguimos siendo emplazados por viejas situaciones sanitarias y reclamadas por nuevos universos patógenos. Pero además, continuamos estableciendo nuestras respuestas sobre cimientos improductivos y en fuertes crisis. Permanecemos echando mano de un modelo de formación médica de tipo organicista, pese a la vejez que ha sufrido el edificio positivista; recalcamos de manera permanente la insuficiencia de recursos pero hemos mostrado deficiente incapacidad administrativa; permanecemos atados a las tradicionales campañas de prevención gestadas administrativamente y dirigidas por profesionales de la salud sin utilizar el recurso comunitario; orientamos la investigación para contar con modernos servicios clínicos, pero seguimos sin aportar

* Véase: CALVO NUÑEZ, Adolfo y otros. El nuevo enfoque de la salud en Colombia. Un reto y una progresiva realidad. Antares, Bogotá, 1979.

instrumentos técnicos y de uso popular que permitan desarrollar un oficio terapéutico, tendiente a controlar los efectos de las innumerables fases de contaminación que acompañan cualquier espacio urbano.

El panorama descrito anteriormente nos introduce de manera muy sucinta a toda una gama de problemas que necesitan ser investigados en el área de la salud, dentro de los cuales hemos pretendido investigar los factores que determinan las condiciones sanitarias de la población infantil (1 - 7 años) de la comunidad de Fredonia, barrio ubicado en la zona Suroriental de la ciudad de Cartagena.

Nuestra propuesta de trabajo conllevó a estructurar los resultados obtenidos a través de la observación permanente, aplicación de 80 encuestas a familia de los menores de 1 a 7 años; en 3 Capítulos:

PRIMER CAPITULO: Reconstrucción Teórica del Proceso Salud - Enfermedad,

Se inicia con una caracterización de la población a estudiar que nos permita ubicarnos en tiempo y espacio, para luego ir recabando teóricamente los parámetros sobre los cuales se ha venido abordando el proceso salud-enfermedad, aspectos que se han trabajado sin hacer una

relación contextual de las mismas pese a que desde hace mucho tiempo se viene definiendo al hombre como una entidad biopsico-social seguimos confinados y estructurados por una visión organicista, biologicista y reduccionistas donde solo interesa la lesión anatómica o el desorden funcional que el organismo presenta, haciéndose por tanto necesario la articulación y dinamización de cada una de las partes que la integran.

Al ubicar la salud-enfermedad como proceso nos permite visualizar que si lo biológico es explicativo, al mismo tiempo encuentra en los aspectos psicicos, sociales y culturales referencias vitales para su comprensión; este enfoque permite darle una connotación a los factores socio-culturales que condicionan el acontecer mórbido de la comunidad.

SEGUNDO CAPITULO: Estructura Patológica de la Población Infantil: Se parte de un marco de referencia general que permite visualizar la situación de abandono por lo que atravieza el menor para luego introducirnos en la problemática que afecta a éstos teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Naturaleza del Medio Ambiente Fisico-Social.

El cual hace referencia a los espacios fisicos-sociales de la ciudad y las formas como éstos por poseer unas condiciones de subnormalidad tanto en su infraestructura como en su aspecto humano están condicionando el acontecer mórbido de sus habitantes no garantizandoles un eficiente desarrollo físico-biológico, psicológico y social.

- Familia y Salud.

Hace consideraciones acerca de las funciones de la familia como grupo social y las formas como éstas se han venido dificultando no permitiendoles a sus miembros la adquisición de recursos que les permita superar su conflicto y a relacionarse consigo mismo, ya que prima siempre como experiencia general la presencia de una inadecuada interacción que inciden en las manifestaciones patológicas no solo en el aspecto biofísico sino que igualmente se manifiesta en los comportamientos adoptados por los menores ya que estas primeras experiencias son fundamentales y determinan positiva o negativamente la estructura de la personalidad.

- Consecuencias.

En esta parte se hacen explícitas las diferentes manifestaciones de tipo patológico que presenta el menor no solo de tipo físico-biológico sino también en los comportamientos asumidos por éstos como: Aislamiento, retraimiento, agresividad, utilización de términos soeces como conducta cotidiana entre otros vemos como el medio ambiente familiar y socio-cultural está incidiendo en este tipo de problemática que no garantiza a los menores un desarrollo integral donde se forme en tanto que individuo particular como un ser relacional capaz de interactuar en otros contextos.

TERCER CAPITULO: Participación: Recursos y Rehabilitación del Problema.

En este Capítulo estaremos dando a conocer la estrategia de intervención que se propone como mecanismo de saneamiento del grupo familiar, que facilite la constitución de la vivencia grupal.

La estrategia tiene como objetivo fundamental la gestación de procesos cuyas bases sustentan una nueva actitud de

trabajo comunitario que contribuya a la rehabilitación de la salud familiar con incidencia en la población infantil y cuya dinámica y conducta serían impulsadas por las iniciativas del propio grupo familiar.

En este engranaje del sistema aparece la participación comunitaria como un hecho concreto de autoestima y realización humana donde lo importante es la búsqueda del fortalecimiento del sentido relacional y la identificación de valores, actitudes, experiencias, tradiciones, tipos de trabajo, en síntesis, recuperación y movilización de factores que estructuran las relaciones y crean las posibilidades de organización y crecimiento del ser humano.

La participación comunitaria tiene unos componentes básicos que constituyen procesos simultáneos a través de los cuales se logra obtener una atención participativa y contextualizada de la salud familiar como instrumentalización del desarrollo integral del menor. Estos componentes son: Apersonamiento, organización, conocimiento y movilización. Con estos procesos se adquiere en la participación de los sujetos mayor profundidad, fuerza y eficiencia en el trabajo que se realiza, desarrollando el sentido de colectividad, transformando las necesidades en bienestar sirviendoles

para mejorar y/o tranformar sus condiciones de vida.

De igual forma tiene unos elementos claves que son: La comunicación, los valores, el contexto y los recursos que permiten acercarnos al logro de los propósitos de cada uno de los componentes y de los objetivos, operacionalizándolos, concretizándolos y materializándolos. Estos elementos facilitan, nutren y conducen el proceso.

La consecución de objetivos se operacionalizan a través de propósitos, niveles y momentos, los elementos y propósitos se operacionalizan a través de momentos con distintos niveles,; es en la interacción entre momentos y componentes desde donde se van constituyendo los objetivos y propósitos que aparecen como INPUT y OUT PUT con la diferencia que mientras en una situación son solo objetivos potenciales, es voluntad, como OUT PUT aparecen como proyecto realizado y vivencia concreta.

Los propósitos del proceso son cuatro: Reconocimiento grupal, proyectos, implementación y evaluación y crecimiento. Los momentos del proceso son: El contacto, la conformación grupal en la construcción del sentido de colectividad, la comunidad definiendo necesidades e instrumentalizando prioridades, el colectivo establece

las causas, aprendiendo de otras experiencias, la comunidad establece los mecanismos de solución, definiendo los recursos existente y planteando los faltantes, elaborando el colectivo el proyecto de trabajo, el Taller Comunitario y la multiplicación, la articulación y el grupo como asamblea.

Igualmente hace referencia este Capítulo a la comunidad y al agente institucional como los actores del proceso así como también a las interferencias que se presentan en el proceso participativo.

Los antecedentes de esta investigación se ubican en el trabajo realizado en la práctica académica con la institución I.C.B.F. (Regional Bolívar, centro zonal Nº 4), en el proyecto Hogares de Bienestar Infantil del Programa Social de Colombia, durante los años 1.987 - 1988-

Como producto de la experiencia y conocimientos adquiridos a lo largo de un proceso de formación teórico-práctico, en donde se ha custinonado de manera especial la relación existente entre la investigación y la intervención, considerando dicha relación como un todo, en el que no hemos separado lo uno de lo otro.

En el desarrollo, avance y profundidad de la línea de investigación existente en la Facultad "Familia y Comunidad", así como su articulación con otros subsistemas (Salud).

Nuestro universo de trabajo lo conforman 25 hogares, de Bienestar Infantil, que comprende un total de 375 niños, seleccionándose como muestra a 6 de éstos hogares, que corresponde a una población de 86 niños (30% del total).

Para la elección de estos hogares se tuvieron en cuenta tres criterios:

- a. Dos hogares ubicados cerca a los principales focos de contaminación ambiental (caños y ciénagas).

- b. Dos hogares, que no estuvieron expuestos directamente a los mencionados focos de contaminación (más alejados).

- c. Dos hogares que estuvieron rodeados por espacios sociales perturbadores como: Billar, ventas de licor.

Como técnica para la recolección de la información se hizo uso de:

- Cuestionario dirigido a 80 familias de los menores.
- Entrevistas dirigidas a las madres comunitarias.
- Entrevista a profesionales especializados.
- Visitas al medio familiar.
- Observación directa, la cual se convirtió en una constante a lo largo de nuestro proceso de practica, así como también se registró a través de los diarios de campo.
- Conversaciones informales con los miembros de la comunidad especialmente: Lideres y ancianos.
- Las reuniones periódicas con madres comunitarias y con el grupo de padres de familia y vecinos fueron de vital importancia para el suministro de

información acerca de las condiciones sociales y de contexto, de las familias y de la estructura patológica que presenta la población infantil.

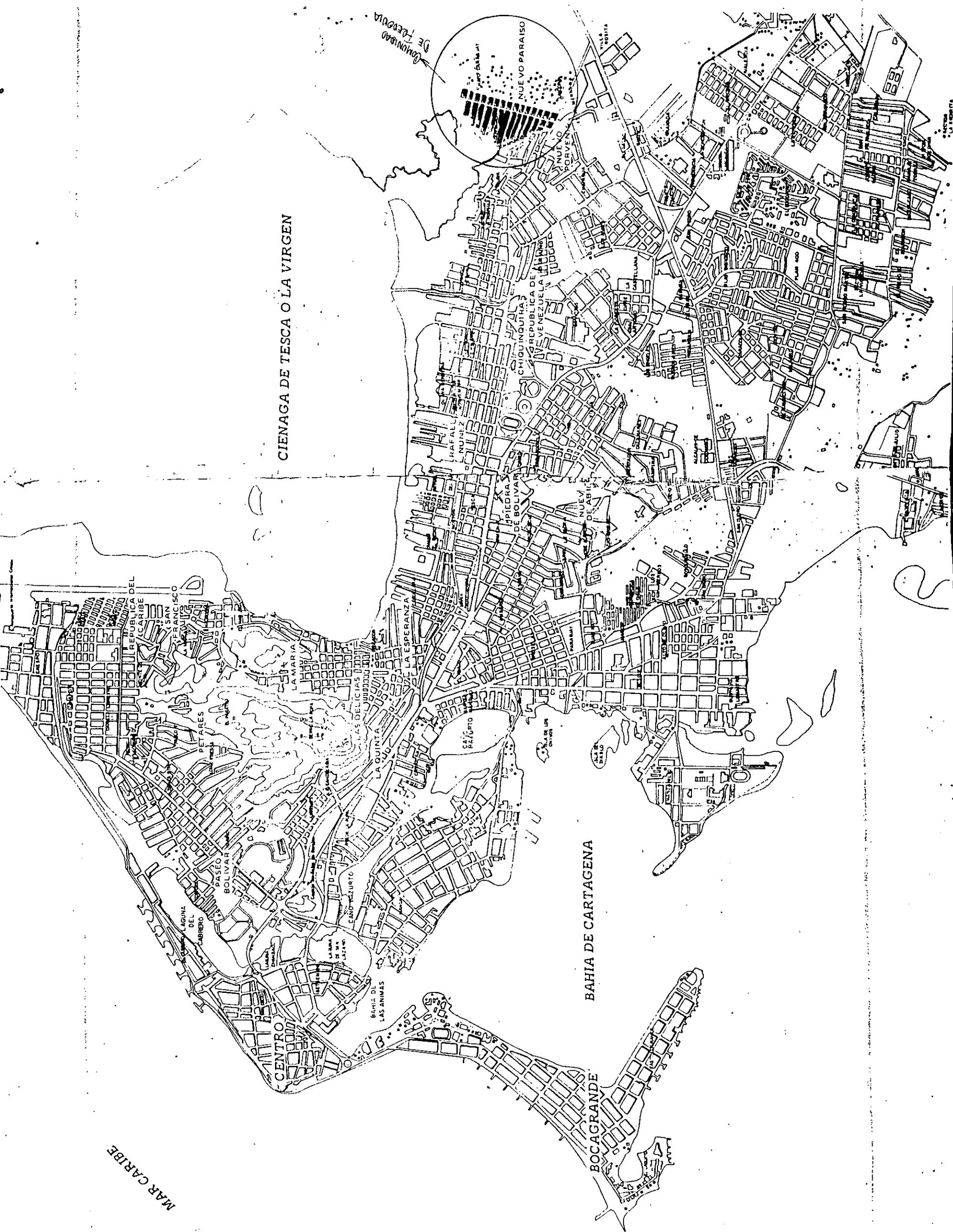
1. RECONSTRUCCION TEORICA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

".....La premisa fundamental de toda acción humana la constituye el hombre cabalmente saludable no solo en su aspecto biológico sino también socio-cultural".

I.I.N.

El objetivo de nuestra investigación ha sido el estudio de los factores que determinan las condiciones de salud de la población infantil menor de 7 años de la comunidad de Fredonia de la ciudad de Cartagena, barrio ubicado en la zona Sur-oriental, cuyos límites son: Por el Norte con la Ciénaga de la Virgen, por el Sur carretera principal de Olaya Herrera, por el Oeste barrio la Magdalena y la Ciénaga de la Virgen y por el Este con el barrio Nuevo Paraíso (ver mapa).

MAR CARIBE



CIENAGA DE TESCA O LA VIRGEN

BAHIA DE CARTAGENA

BOCAGRANDE

El origen del barrio se remonta al año 1964, cuando personas provenientes de sectores rurales de la Costa Atlántica y habitantes de barrios marginados en calidad de alojados o arrendatarios, dirigidos por tres líderes de barrios circunvecinos, encabezados por HERNAN PADILLA, GABRIEL MERCADO y JOSE MARTINEZ, invadieron la finca llamada "Fredonia", cuyos terrenos pertenecían a una familia prestante de la ciudad. Estas personas habían escuchado el rumor de que en el sector Sur-oriental estaban regalando terrenos y procedieron a invadir; pero a raíz de ésto las autoridades intervinieron y los desalojó, tocándoles dormir en la carretera. Un sacerdote llamado ANTONIO SEGOVIA los ayudó y el 16 de Julio de 1966 invadieron definitivamente los terrenos.⁽¹⁾ A pesar de que los habitantes lograron su objetivo tuvieron que padecer las inclemencias de las inundaciones tanto por el arroyo de Calicanto como por la alta marea de la Ciénaga de la Virgen.

Desde esa fecha han transcurrido 20 años y en la comunidad siguen latentes estos problemas que tienen que ver básicamente con un medio ambiente socio-físico de una alta contaminación con los impactos respectivos en la salud de la población infantil de éste lugar.

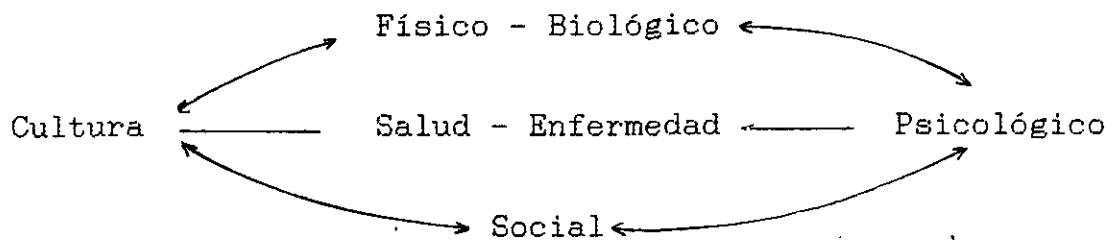
1 Ver al respecto Estudio Social del Tuquiro de Fredonia. Universidad de Cartagena, Facultad de Trabajo Social. 1976.

Por ello nuestros objetivos estarán dirigidos al estudio de la salud de estos menores desde el punto de vista físico-biológico, psico-social y cultural como unidad dialéctica de totalidad y parte en permanente interacción, cuya dinámica se realiza tan solo en la atención, desarrollo y articulación de cada una de sus partes. "Desde esta perspectiva de atención de la problemática resulta en su doble carácter: Integral por el conjunto de factores que son tenidos en cuenta, y participativa en tanto que requiere de un alto nivel de gestión del sujeto comunitario". (2)

La unidad conformada no obedece a una voluntad metodológica en abstracto, sino que es el resultado de la unidad que tiene la propia realidad en la contidianidad de nuestra comunidad, cuya integración facilita la constitución de mecanismos de saneamiento que permita reconstruir las condiciones de salud necesarias para el logro de un desarrollo integral del menor, mientras que ello no sea tenido en cuenta cualquier trabajo que se realice será poco fructífero, ya que el esfuerzo no es suficiente sino representa comportamientos de totalidad en la intervención.

2 DURANGO, Orlando y PEREZ CHAIN, Isabel. La Comunidad Participante como Estrategia de Intervención. Documento Docentes. Facultad de Trabajo Social. Universidad de Cartagena. 1990.

La salud o la enfermedad han venido siendo tratadas solamente desde el punto de vista físico-biológico y psicológico, muy a pesar de los intentos por verla desde un punto de vista integral que involucre el aspecto socio-cultural como unidad de relaciones, haciéndose por tanto necesario la articulación y dinamización de sus componentes ya que constituyen hechos estructurales para toda formación social conocida.



Cada una de éstas condiciones por sí sola define una situación específica. No obstante en la realidad es difícil encontrarlas en forma aislada, pues éstas interactúan permanentemente entre sí, aunque son tratadas separadamente, sin hacerse una relación contextual de las mismas a pesar de que hace mucho tiempo se viene definiendo al hombre como una entidad biopsicosocial, en la práctica se sigue dividiendo: Unos estudian lo biológico (médicos), otros lo psicológico y otros lo social, no tenemos una visión integral del hombre. Se

interviene de manera aislada y con criterio organicista. Se trata al sujeto por la sintomatología que presenta, pero qué ocurre con todos aquellos factores que han incidido para el desmejoramiento de su salud?. Es hora de realizar intervenciones desde una perspectiva de las relaciones como construcción analítica de nuevos problemas (nuevas lecturas de la realidad), y como recuperación colectiva de ese sujeto para incertar lo cotidiano como expresión de esa rehabilitación.

1.1 LAS CARACTERISTICAS QUE DEFINEN "EL MODELO BIOMEDICO"

Si le damos una mirada a la historia de la medicina vemos como FOUCAULT sofisticadamente ha analizado la constitución del modelo médico como "mirada médica" (modelo de los médicos) durante los siglos XVI y XVII, dicho modelo se instituye inicialmente en algunos países europeos a finales del siglo XVIII y principios del siglo XX, y en los E.E.U.U. en la última mitad de dicho siglo. El modelo médico se instituye prácticamente a partir de la Revolución Industrial, es decir, se genera conjuntamente con el desarrollo del Capitalismo en su etapa de "libre cambio", durante el período Clásico de la constitución de la clase obrera, en los años del

desarrollo de la nueva ciudad industrial,..... el modelo médico no solo se instituye con estos procesos, sino que los expresa sus dimensiones básicas en el área salud-enfermedad.

Los caracteres estructurales del modelo médico son: Su biologicismo, individualismo, ahistoricidad, a sociabilidad, mercantilismo y la eficacia pragmática... el biologicismo del modelo conduce necesariamente a la ahistoricidad y al enfoque individualista dominante, más aún cuando se haga necesario un enfoque de conjunto, los caracteres biologicistas permitirán la persistencia de un enfoque que de hecho disuelve las calidades del conjunto al convertirlo en un conjunto natural (biológico), que excluye los caracteres sociales, como de hecho ocurrió en la práctica epidemiológica. Más aún cuando lo "social" disrumpa en los periodos de crisis del modelo, lo "psicológico", que emergerá como factor explicativo, funcionando de hecho como "contenedor" de lo social, disolviendo nuevamete o mejor dicho secundarizando su importancia. El biologicismo del modelo médico se caracterizará por el exclusivismo creciente de las explicaciones biologicistas sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas, esta exclusividad supondrá en los hechos la negación de los factores socio-históricos.

Este biologicismo conducirá necesariamente a la concepción de una "historia natural" (es decir bioecológica) de la enfermedad donde la "historia social" de la enfermedad está excluida.⁽³⁾

Hagamos mucho más explícito algunas consideraciones epistemológicas que subyacen al organicismo del modelo biomédico que venimos presentando. Si seguimos echando un vistazo a la historia de la medicina "vemos como el auge del modelo biomédico (en donde la salud o mejor dicho la enfermedad ha sido aceptada como patrimonio de la práctica médica, esto se refiere necesariamente a diferenciar tipo de enfermedad y tipo de curación), en el período contemporáneo arranca con las extraordinarias contribuciones de investigadores del siglo pasado como VIRCHAW, PASTEUR y KOCH, y se refuerzan con los avances de la quimioterapia, el descubrimiento de los antibióticos y los progresos de la microbiología y la biología molecular en el presente siglo. Pero como ya lo hizo notar DUBOS, el enfoque estrictamente experimental, aunque muy efectivo para el descubrimiento de los gérmenes y de sus propiedades, contribuyó a que se ignoraran numerosos factores que intervienen en el proceso de enfermar en las condiciones corrientes del ambiente natural. El autor

3 Ver al respecto BASAGLIA, Franco y Otros. La Salud de los Trabajadores: Aportes para una práctica de la Salud. Editorial Nueva Imagen. México, 1978.

plantea de manera convincente que los progresos en el campo de la salud no se harán con "balas mágicas" para combatir la enfermedad sino con cambios en la capacidad de adaptación y en el mejoramiento del ambiente".⁽⁴⁾

Muy a pesar del aporte que representó para la humanidad los trabajos de EMILE DURKHEIM, que al igual que COMTE dieron lugar a positivismo francés, nos encontramos en una de sus obras: "La división social del trabajo", conformaciones económicas de la realidad donde se afirma que la realidad social (vista como "cosa")⁽⁵⁾ constituye un gran "organismo" que tiene la particularidad de encontrarse sujeto a las mismas leyes de funcionamiento que las del organismo humano.

Desde este punto de vista se trataba de traspolar algunos procesos orgánicos para comprender el carácter "natural" que presentaban fenómenos del orden social como la solidaridad, las diferencias sociales, la especialización del trabajo, para mencionar solo algunos de estos indicadores.

Sin lugar a dudas que esta prioridad "orgánica" era el

4 Ver al respecto LEÓN, Carlos A. Ponencia presentada al Seminario-Taller sobre Medicina Familiar, Bogotá, Septiembre 1985.

5 Ver al respecto DURKHEIM, Emile. La División Social del Trabajo. Akal Editor.

resultado de las conquistas que la biología había estado logrando, alcances que con L. PASTEUR tienen un momento de síntesis bastante acabado.

La salud-enfermedad fué abordada con estos mismos criterios permeando la concepción, formación y práctica del profesional médico, que al decir de A. JORES sostiene la formación profesional del médico alrededor de la anatomía, la fisiología y la bioquímica.

El terreno de lo patológico se encierra como norma en la anatomía humana, siendo el campo de la corpocidad el filtro desde donde es entendido y rehabilitado. La enfermedad adquiere de esta manera la connotación de ser lo contrario a la norma y esta última, medida en términos físicos, definía la existencia de un cuerpo sano como ajeno a cualquier disfunción orgánica.

Así ubicada la patología humana la enfermedad se diagnostica en los umbrales de la fisiología. Para la población infantil es sarampión, tosferina, gastroenteritis cuyas estadísticas representan su interés y enfoque.⁽⁶⁾ Fuera de la circunscripción de la anatomía humana prevalece tan solo el "agente transmisor" que era

⁶ Los aspectos cuantitativos de estos problemas serán abordados con amplitud en el siguiente capítulo, a fin de ver el fenómeno en toda su composición causal.

siempre viral, bacterial, etc., sin ningún desplazamiento del terreno de lo físico o lo biológico.

De esta forma, cuando se tenía que determinar la etiología del proceso se rescataba en algunos casos el medio ambiente físico, o cuando se hacía referencia a lo humano prevalecía el medio ambiente socio-físico sin alejamientos protuberantes del organismo humano, que a fin de cuentas era el centro de la atención médica.

Si hasta aquí el positivismo prestó a las ciencias médicas su mentalidad organicista, también aportaría su concepción funcional que se apegaba al espíritu biologicista del comportamiento médico.

El positivismo cuyo apogeo epistemológico hay que ubicarlo en las dos últimas décadas del siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX, nacía arremetiendo contra el historiamismo del evolucionismo, del que consideró plagado de una práctica de las "conjeturas" y de un teoricismo que no tenía las referencias empíricas para su composición.

El interés de los procesos se estableció para los fenómenos sociales en el campo de las "funciones, más no como manifestación histórica, como movimiento, como

diacronia, sino más bien como resultado de los "roles" que los elementos desempeñan para activar el sistema en su conjunto. También las ciencias médicas incorporarían esta interpretación haciendo que su visión anatomoclínica se desplazaría a la fisiología, sin dejar de romper su asistencia positivista.

Del equilibrio orgánico, la forma de ver el proceso se refuerza como equilibrio de las funciones que los distintos elementos que componen el organismo humano desarrollan, siendo lo patológico una ruptura de las funciones naturales que los elementos del cuerpo ejecutan. La salud era entonces el proceso de reestablecer funciones orgánicas que la enfermedad había alterado.

Mientras los procesos mórbidos tuvieron una fuerte influencia del medio ambiente físico, esta concepción positivista mantuvo la primacía anatomista. De allí que no resulta ilógico que en la medida que los países desarrollados fueran eliminando estas condiciones tuviesen que empezar a diferenciar entre la etiología y la patogenia. Pero también resulta normal que países y regiones como el nuestro siguiesen pensando en el medio ambiente físico como el único espacio que los separaba de su énfasis en la corporeidad anatómica de los sujetos.

El siglo XX vió mejorar, en los países desarrollados, su medio ambiente físico y desplazó el terreno de lo biológico a lo social. Pese a ello la enfermedad seguía acompañando la historia de la humanidad, para empezar a figurar factores nuevos en la causalidad mórbida.⁽⁷⁾ Por ello es desde estos países desde donde empieza a cuestionarse la explicación que acompaña a la salud y la enfermedad. Fruto de estos avances la salud o la enfermedad logran nuevos ejes conceptuales desplazando el centro de su atención del medio ambiente físico al medio ambiente social, o quizá sea más atinado decir que a la estructura positivista le es incorporada elementos conceptuales que miran la etiología con una perspectiva en donde lo social también incorpora situaciones necesarias para atender en la rehabilitación de los sujetos.

Independiente de estas conquistas, hasta hoy el problema de la salud ha sido elaborado y tratado por el personal médico y los profesionales del área de la salud en general (enfermeras, odontólogos, bacteriólogos) en estos términos positivistas y pese a los resultados seguimos repitiendo el experimento; seguimos confinados y estructurados por una concepción biologicista del

7 Esta nueva conformación de la causalidad de la enfermedad será abordada ampliamente en la siguiente unidad del presente capítulo; aquí solamente nos contentamos con hacer su mención a sabiendas que el fenómeno exige un mayor desarrollo, histórico y conceptual.

problema, ya que la salud o la enfermedad han venido siendo tratadas en los marcos del edificio positivista, para verse tan solo en sus dimensiones fisiopatológicas, en donde interesa solo la lesión anatómica o el desorden funcional que el organismo presenta.

En síntesis se puede decir que la base sobre la que se sigue construyendo hoy la medicina, y que es la que consecuentemente se ofrece al estudiante de medicina en los primeros semestres, está constituida por la anatomía, la fisiología y la bioquímica, sectores del saber que en lo esencial pueden considerarse hoy en día como cerrados en sí mismos.

En esta parte es importante anotar como el modelo biomédico vé el proceso salud enfermedad, y lo podemos sintetizar de la siguiente manera:

1º Un agente específico es la causa de una enfermedad específica.

2º La enfermedad se deba a defectos ó fallas de las células u órganos.

32 Una vez identificado el elemento patógeno se puede producir ó fabricar el elemento terapéutico respectivo.

Afianzando éste sentido netamente biológico e individualista de la enfermedad encontramos definiciones como la siguiente...."La enfermedad es conmoción y puesta en peligro de la existencia. Por consiguiente, la definición de la enfermedad requiere como punto de partida la noción de ser individual. La enfermedad aparece cuando el organismo es modificado de manera tal que llega a reacciones catastróficas dentro del medio ambiente que le es propio".⁽⁸⁾ Además la medicina partió siempre del supuesto evidente de que el individuo aislado se encontraría constante y permanentemente en lucha por la existencia y tendría la tendencia a afirmarse contodas circunstancias y a conservar su vida. Desde este punto de vista fueron miradas las transformaciones que se efectúan en las enfermedades, en principio siempre como respuesta estimulante, como lucha del organismo con una lesión procedente del exterior.

En esta misma dirección biomédica otros autores consideran a la enfermedad como "el principio de la

8 CANSUILLHEM, Georges. Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores. 1973.

naturaleza tendiente a destruir al individuo aislado. Este acto autodestructor se consuma predominantemente aunque no de manera exclusiva (enfermedades infecciosas) cuando la vida por motivos exteriores (cuatividad) o internos (enfermedad específicamente humana) deja de tener posibilidad alguna para el despliegue o bien cuando éste se ha llevado a cabo como el fin natural de la vida."(9)

El áuge industrial de todo el siglo XX trajo a la humanidad un nuevo conjunto de enfermedades que permitió ver con mucho más claridad los contenidos socio-culturales de la salud-enfermedad.

Frente a éstos nuevos avances del desarrollo y la teoría comienzan a plantearse limitaciones de la concepción biomédica cuyo reduccionismo es necesario empezar a corregir de manera más o menos inmediata.(10)

9 Citado por JORES, Arthur. El Hombre y su Enfermedad.

10 Autores como CARLOS LEON nos cuestra en este viraje en el análisis de la salud-enfermedad cuando afirma lo siguiente: "HAMBURG y colaboradores expresan que la carga más pesada de la enfermedad en los países técnicamente avanzados hoy en día se relacionan con el comportamiento individual, especialmente con aquellos patrones de larga duración conocidos como "estilos de vida". En los EEUU se calcula que el 50% de la mortalidad producida por la diez (10) causas de muertes más frecuentes corresponde a las ocasionadas por comportamientos o estilos de vida dañinos para la salud. Entre los riesgos conocidos figuran el fumar, el consumo excesivo de alcohol, el uso de drogas ilícitas, ciertos hábitos dietéticos, manejo irresponsable de vehículos, incumplimiento de prescripciones médicas, y respuestas aberrantes a las presiones sociales". (Citado por LEON, Carlos, Factores psicosociales y salud. Seminario-taller sobre Medicina Familiar. Bogotá, Septiembre de 1985).

ARTHUR JORES, que viene analizando los límites del modelo organicista plantea: "La vinculación unilateral de la medicina a las ciencias de la naturaleza, ha tenido por consecuencia la inclinación general a no considerar enfermedades sino a las desviaciones de la norma restringida con los métodos de ésta medicina científico-natural", no obstante es cierto que mediante el empleo de métodos científico naturales la medicina ha creado una base sólida y valedera ciertamente para todos los tiempos. Le ha sido posible eliminar en parte casi totalmente todas aquellas enfermedades causadas por agentes nocivos del mundo exterior, en parte reducir mucho su frecuencia y gravedad. Con ello la expectativa de vida media del hombre ha aumentado considerablemente sin embargo, a pesar de la enorme energía volcada en la investigación y en el perfeccionamiento técnico tanto del diagnóstico como de la capacidad terapéutica, no ha logrado que el ser humano se vuelva más sano.⁽¹¹⁾

Esta situación definió el cambio de terreno en la concepción y en la práctica de la salud-enfermedad al integrar los aspectos socio-culturales como explicaciones causales de las enfermedades del hombre de nuestro siglo.

Lo anterior no fué tan solo un desplazamiento del terreno

11 Ver al respecto JORES, Artur. La Medicina en la Crisis de nuestro Tiempo. Siglo XXI Editores.

teórico sino que fué sobre todo un movimiento de sus causas físicas o su etiología socio-cultural.

1.2 DEL REDUCCIONISMO POSITIVO AL INTERACCIONISMO SOCIAL

Nos parece procedente antes de explicitar el carácter procesal e integral de esta nueva concepción presentar una visión histórica, muy general que nos permita visualizar los momentos y las formas como lo social es incorporado como explicación al proceso salud enfermedad, toda vez que su estructuración teórica vino configurándose paso a paso hasta tener el carácter que hoy presenta.

1.2.1 Condiciones Históricas para la Incorporación de la Dimensión Social.

El siglo XX vió mejorar, en los países desarrollados, su medio ambiente físico y desplazó el terreno de lo biológico a lo social. Pese a ello la enfermedad seguía acompañando la historia de la humanidad, para empezar a figurar factores nuevos en la causalidad mórbida. Es así que desde estos países se empieza a cuestionar la

explicación que acompaña a la salud y la enfermedad. Fruto de estos avances la salud o la enfermedad logran nuevos ejes conceptuales desplazando el centro de su atención del medio ambiente físico al medio ambiente social, o quizás sea más atinado decir que a la estructura positivista le es incorporada elementos conceptuales que miran la etiología con una perspectiva en donde lo social también incorpora situaciones necesarias para atender la rehabilitación de los sujetos.

Durante el siglo XIX encontramos las primeras referencias de esta "nueva concepción", en la atención que F. ENGELS, le presta a las enfermedades de los trabajadores ingleses, que en ese momento se dedicaban al trabajo de las minas. Los accidentes, las enfermedades pulmonares, raquitismo, problemas en la columna, enfermedades de la piel, artritis, entre muchas otras, son las manifestaciones que se desprenden de la labor en las minas. (12)

Visto en términos rigurosos, el texto de ENGELS, no conforma ninguna teoría sobre el proceso salud-enfermedad que se aproxime a la síntesis que representa la afirmación de M. TIMIO anteriormente compuesta. Pero

12 Véase ENGELS, Federico, La formación del Proletariado en Inglaterra. 2ª Edición F.C.E, Pág. 95, 135.

siendo justos, existe la imaginación de una relación bastante significativa entre condiciones de trabajo y enfermedad. ¿Por qué significativa?. Porque el texto inaugura un nuevo campo de análisis en donde la enfermedad no es tan solo un fenómeno anatómico. Pudiéramos afirmar que el texto sugiere un campo de análisis de la causalidad de la patología humana, sin requerir para ello de planteamientos biologicistas. De ello deriva su importancia el planteamiento, al trasladar el análisis del medio físico de la corporeidad humana al medio ambiente socio-laboral.

Sin embargo, no encontramos después de mediados del siglo XIX que esta preocupación siguiera ocupando el tiempo de ENGELS. Es EMILE DURKHEIN quien a finales del siglo XIX introducirá nuevos elementos que reforzarán las aproximaciones engelsianas.⁽¹³⁾ De todas formas quedaba el esqueleto de un análisis a desarrollar desde la perspectiva de las condiciones laborales, y que para nuestra población y temática, tiene sus puntos de entrar que al encontrarnos que los sectores pobres de nuestra población tienen que hacer uso del trabajo informal del menor, con las secuelas que este fenómeno representa en

13 Este aspecto muestra la dificultad de separar de manera absoluta y tajante la visión positivista, de la que forma parte EMILE DURKHEIN y esta nueva concepción procesal a quien venimos siguiéndole la pista. De esta forma, esa imagen procesal de la salud enfermedad requiere para su conformación de los planteamientos de DURKHEIM, a pesar del énfasis positivista que contiene.

la descomposición de su medio ambiente social.

EMILE DURKHEIM analizará lo patológico desde el concepto de "anomia" para referirse a aquellos procesos naturales que quebrantan la solidaridad orgánica de los sujetos. A diferencia ENGELS que se ubica en las condiciones de trabajo, DURKHEIM recurrirá al macro terreno de la sociedad. Es con este autor desde donde podremos encontrar referencias a una sociedad sana o anómica, para abordar ya no tan solo a individuos particulares sino para referirse al sistema social en su conjunto. Con DURKHEIM podemos empezar a manejar una relación de concordancia entre sociedades sanas e individuos sanos. Así se configura una incongruencia al tener sociedades sanas e individuos anómicos, incongruencia que si bien no es explícita en el autor se puede desprender tácitamente su planteamiento. El nuevo terreno de análisis tampoco son los virus o los gérmenes sino factores como la crisis económica, la competencia, el no uso de las capacidades de los ciudadanos, etc.

Ahora bien, si con DURKHEIM encontramos un nuevo campo de análisis de la causalidad de lo anómico, también es importante recalcar lo que el autor caracteriza como una situación patológica; el problema deja de considerarse como orgánico-anatómico para definirse como orgánico-

relacional.

Nosotros nos atrevemos a plantear que con EMILE DURKHEIM se inaugura las interacciones humanas como un gran campo donde se muestra el estado de salud o anomia de una población o grupo particular. De esta forma logramos ampliar el campo de la causalidad de los procesos mórbidos y encontrar en su trabajo situaciones específicas de las interacciones de los sujetos que fijan situaciones de disfuncionalidad y anomia social. (14)

Con estos materiales, que constituyen antecedentes vitales para el análisis, aparece el siglo XX trayendo en su estructuración un despliegue impresionante de la división del trabajo, contexto desde el cual F. KAFKA hará su arribo como colaborador de este enfoque procesal. (15)

La enfermedad que en DURKHEIM es anomia en KAFKA es animalización. Sociedad, trabajo, estructura familiar, cotidianidad se funden como columnas para provocar este sujeto que un día cualquiera amanece convertido en un repugnante insecto.

14 La lectura del texto de DURKHEIM, Emile. De la división del trabajo social, constituye, en su totalidad, un acercamiento general a este aspecto, que nos parece procedente si eliminamos del autor el carácter natural con el que pretende desarrollar el análisis.

15 Vease FRANK KAFKA. La Metamorfosis. Novela.

¿Que está animalizando al hombre de nuestro siglo?. En KAFKA hay varias respuestas, ubicadas en terrenos diversos:

- a) La naturaleza de un trabajo que empieza a cobrar su carácter monótono y repetitivo, como norma que definirá su esencia y razón de ser.

- b) La voluntad prestada de los individuos que se ven cada vez más abocados a aplazar sus propósitos y proyectos.

- c) La presencia de relaciones familiares basadas en el autoritarismo constante y permanente.

- d) La invasión a la que es sujeta la cotidianeidad de los individuos por parte de patrones y hábitos laborales.

Con estos elementos, bien temprano se ha conformado las bases de una concepción procesal que ha abierto nuevas áreas para la comprensión de los fenómenos mórbidos, en

donde a fin de cuentas la más válida cruza por redefinir la naturaleza humana y enseñarnos que el tránsito hacia una concepción más integrada de la salud y enfermedad amerita la reconceptualización de la naturaleza humana. Como expresiones cuantitativas estos elementos hacían del proceso un fenómeno multicausal.

El siglo discurría produciendo un aplazamiento de estas temáticas que harán su aparición nuevamente con las décadas de los 50 y 60 del presente siglo. Dos autores nos sirven de síntesis de este nuevo momento, que tiene antecedentes, ya mencionados, que serán retomados. En primer término ROGER BASTIDE nos acercará al proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de la organización de la sociedad industrial.⁽¹⁶⁾ De esta manera aspectos como la tecnología, los cambios bruscos en el proceso laboral, migraciones, desarraigo cultural, etc., conforman un conjunto estructural a la sociedad industrial que comportan en su seno cuotas de neurosis psicosis que nos permiten hablar de enfermedades típicas de actividades laborales y condiciones sociales específicas.

Estos aspectos estructurales se alimentan de un valor que

16 Véase al respecto el trabajo de ROGER BASTIDE. Sociología de las Enfermedades Mentales. Siglo XXI, Bogotá, 1.978.

alentando la competencia convierte lo útil, en tanto que productivo.

Y será ASSA CRISTINA TAURELL quièn completaría el enfoque anterior sustentando la tesis de los "patrones de desgaste" establecidos por los procesos de trabajo de la sociedad actual, para conformar en la actualidad un perfil epidemiológico normado por los ritmos de trabajo impuestos en el espacio laboral y en los ritmos de vida por parte de la sociedad industrial de nuestro tiempo. (17)

1.2.2 El Carácter Procesal e Integral de la Concepción.

En la unidad anterior tuvimos posibilidad de mostrar una visión del proceso salud-enfermedad que mira al hombre como sujeto interaccional. En cierta medida podemos decir que en esta nueva concepción la salud-enfermedad es definida desde la perspectiva de las interacciones que el hombre establece, en el entendido que estas últimas definen su naturaleza social.

En sus múltiples interacciones por medio de las cuales

17 Véase el importante aporte de ASSA CRISTINA TAURELL. El Desgastado..... F.C.E. México, 1979.

el hombre cualifica sus características humanas, la salud-enfermedad deja de verse como anatomía para ubicarse en la naturaleza de las interacciones. Son éstas las que en su deterioro o afirmación determinan la calidad de vida de los sujetos pero sobre todo nos ayuda a ver en términos de momentos (procesos) no de momento el deterioro de estas condiciones de vida que apunten al deterioro de varios niveles de sus interacciones.

En primer término se dirigen a un primer nivel de las interacciones del hombre consigo mismo y con otros hombres de la misma especie; así, la naturaleza disfuncional o armónica de estas relaciones definen también las condiciones de enfermedad o de salud ya no solo de un individuo sino de un grupo humano.

En segundo nivel el hombre establece relaciones con la naturaleza, que para el caso de nuestra problemática nos permite explicitar la naturaleza de la interacción del niño con su medio ambiente físico. Aquí la disfuncionalidad o armonía se traduce como posibilidad para el acceso de los recursos que el medio ambiente tiene y con ello el uso adecuado que puede hacer de estos mismos recursos.

En tercer término el hombre establece un tercer nivel de

interacciones con un conjunto de conocimientos de carácter cultural que se asume, se transforma y se renueva conformando el equipo cognositivo mediante el cual se obtiene el equipo para el manejo del conjunto de interacciones ejecutadas en cierto momento por el grupo humano.

En síntesis la enfermedad no es el punto terminal de una desarmonía orgánica sino situaciones de desajuste en cualquiera de estos tres niveles de la interacción de los sujetos.

Por eso podemos decir que la salud o la enfermedad constituyen formas específicas de existencia social que caracterizan la naturaleza particular de las distintas interacciones humanas siendo el proceso un hecho multicausal: Fisiológico, psicológico, social y cultural.

Con ello "la triple dimensión etiológica" de la que nos habló MARIO TIMIO en páginas anteriores, adquiere sus perfiles teórico-históricos que la conforman para surgir como una realidad procesal e integral. Procesal, por que la salud o la enfermedad surgen como producto de la interacción cotidiana que el sujeto establece con su medio ambiente físico y social; integral, por que supone

ser el resultado de factores diversos, haciendo de la salud la enfermedad de un proceso de elementos múltiples, que se manifiestan igualmente como multiplicidad.

De esta manera el problema estriba no solo en sumar lo social y cultural a lo físico y biológico; significa igualmente que lo físico y biológico no se presenta de manera recortada o aislada de lo social y lo cultural; y que estos últimos encarnan lo físico o lo biológico para completar el consumo de la salud o de la enfermedad de un grupo específico. Por ello retomar nuestro objeto de estudio desde la perspectiva del contexto social y del contexto familiar, aunque no es la única vía para analizar el problema, resulta ser la ruta que hemos escogido para afrontar dicha realidad.

Es en los marcos de una concepción y una práctica de carácter integral desde donde tenemos la posibilidad de abarcar en su totalidad nuestra problemática, en cuya concreción existe la opción de relacionar las condiciones de salud con el medio ambiente socio-familiar que a fin de cuentas funciona como el gran contexto, cuyas características va a definir las formas específicas de enfermar de nuestra población.

Nosotros partimos de que la armonía del sistema familiar

viene siendo dificultada por el entorno social. La sociedad moderna ha normado sus valores en la reafirmación del hombre como individuo. Un ejemplo de ello lo constituye el trabajo, el cual ha ido transformándose día a día dando lugar a su desegregación, la especialización de las tareas ha fortalecido la acción individualizante a expensas de la labor grupal. De la revolución industrial a la administración científica del trabajo, el espacio laboral ha venido dividiéndose en tareas cada vez más reducidas, mediante un proceso que bien temprano llamaría la atención de EMILE DURKHEIM en su obra "De la División del Trabajo Social". Desde este momento, se presagiaban cambios en la solidaridad humana, desplazada del hogar al lugar de trabajo conformando nuevos grupos cuyos valores tendrían necesariamente que ser distintos. Los miembros de la familia participarían en su totalidad en el proceso laboral: Padre, madre, hijos buscando muchas veces subsistir así fuese solo biológicamente, aunque de paso ello trajera una disminución de su capacidad de sobrevivencia grupal y afectiva; funcionando cada uno de los miembros en lugares y en tiempos particulares, se buscó defender la convivencia familiar estableciendo roles para cada uno de los miembros que terminaba por reafirmar la individualización que se venía sufriendo. Si en el trabajo la familia subsiste biológicamente en tiempo y

espacio definidos laboralmente, hacia adentro va a encontrarse estableciendo cada uno de los contenidos de su ciclo vital; en cada uno de estos momentos seguirá proporcionando valores individualizantes que terminarán por formar y preparar al futuro cónyuge sin herramienta alguna para afrontar su convivencia como sujeto de relaciones que necesita y depende del apoyo mutuo.

Nuestra sociedad contemporánea nace y está en crisis, lo que se desprende de las consideraciones anteriores y pareciera ser el proceso constante y progresivo de individualización de sus miembros.

Este proceso de atomización ha estado impactado todo el contexto social del que formamos parte, haciendo de las interacciones procesos monológicos en donde permanentemente terminamos en un encuentro con nosotros mismos y en un comportamiento cuyo referente es únicamente la parte; roles de los miembros en el grupo familiar, responsabilidades del ciudadano, especialización médica constituyen así los factores constituyentes de la cotidianidad de nuestra modernidad sesgada en el olimpo de la individualidad.

Esta racionalización contemporánea ha llevado a establecer una atención terapéutica del menor mediante

módulos separados que privilegian las acciones curativas a las preventivas, que priorizan las prácticas del corto plazo sobre las del mediano y largo plazo, que enfatizan en la experiencia y conocimiento profesional desdeñando el papel de la comunidad para resolver sus propias urgencias.

El producto de este proceso se revierte regionalmente en el incremento de la medicina privada, en la formación médica sustentada sobre la anatomía, la fisiología y la bioquímica, con la presencia de campañas de vacunación cuando la enfermedad asedia al menor, con programas establecidos y dirigidos institucionalmente, experiencias que a no dudarlo son responsables de una población infantil que sigue sin ser atendida eficazmente.

A este conjunto de problemáticas se suman los efectos de la especialización médica, que en su concepción y práctica reducen las problemáticas del menor a órganos específicos o procesos determinados (atención de la madre durante el embarazo, atención del parto y puerperio, atención de la drogadicción, atención de la desadaptabilidad, etc.), ejercicio que impide el tratamiento integral de los componentes que en conjunto están determinando la etiología sanitaria de nuestra población.

En este sentido, integrar en la reflexión de las condiciones mórbidas de la población infantil de la comunidad de Fredonia, sus determinantes familiares y de contexto social general supone construir la etiología de este proceso en términos de totalidad, desde cuya perspectiva, su saneamiento y rehabilitación puede abordarse de manera integral.

Es muy cierto que venimos sufriendo el impacto de una importante crisis en el país, que ha llevado consigo, la revisión del conjunto de factores que han configurado hasta el momento, los soportes de la estabilización de la sociedad colombiana. Los parámetros recesivos en que se mueve dicha coyuntura, han implicado acomodamientos que se vienen concretando en fundamentales renglones del bienestar social, fiel señal que nos encontramos en situaciones de fondo, cuyas alternativas necesitan estructurarse a un corto, mediano y largo plazo con la mayor cuota de responsabilidad y seriedad.

Seguimos sin poder resolver con políticas de fondo, las graves cifras de desnutrición que afecta la población infantil, pero a ello se agrega el ambiente patógeno creado por los espacios tuguriales de cualquier ciudad, generado como resultado de la industrialización y el consecuente desplazamiento de la población rural hacia

los polos de desarrollo urbano. Todavía sigue siendo aplazado el problema de nueve millones de colombianos sin acceso a los servicios de salud (médicos, alcantarillado, letrina, etc.),⁽¹⁸⁾ y a ello nos toca agregar la progresiva descomposición social de los grandes núcleos poblacionales, manifiesta a través de robos, crímenes, agresión sexual, drogadicción, etc., producto de la manifestación anárquica de estos mismos espacios y la insuficiente respuesta de recursos a expectativas que fue generando nuestro rápido crecimiento.

Seguimos siendo emplazados por viejas situaciones sanitarias y reclamados por nuevos universos patógenos. Pero además, continuamos estableciendo nuestras respuestas sobre cimientos improductivos y en fuerte crisis. Permanecemos echando mano de un modelo de formación médica de tipo organicista, pese a la vejez que ha sufrido el edificio positivista; recalcamos de manera permanente la insuficiencia de recursos pero hemos mostrado deficiente incapacidad administrativa; permanecemos atados a las tradicionales campañas de prevención gestadas administrativamente y dirigidas por los profesionales de la salud sin utilizar el recurso

18 Véase, CALVO NUÑEZ, y otros. El Nuevo Enfoque de la Salud en Colombia. Un Reto y una Progresiva realidad. Antares, Bogotá, 1.979.

comunitario; orientamos la investigación para contar con modernos servicios clínicos, pero seguimos sin aportar instrumentos técnicos y de uso popular que permitan desarrollar un oficio terapéutico, tendiente a controlar los efectos de las innumerables fases de contaminación que acompañan cualquier espacio urbano.

Este panorama descrito anteriormente nos introduce de manera muy sucinta a toda una gama de problemas en el área de la salud, dentro de los cuales hemos pretendido investigar los factores que determinan las condiciones sanitarias de la población infantil menor de 7 años) de la comunidad de Fredonia.

Nos ha parecido necesario establecer este paso previo de carácter teórico, con el fin de derivar procedimientos integrales de rehabilitación de la problemática de la que necesariamente debe formar parte la sociedad en general, la familia en particular, como actitud terapéutica capaz de motivar los recursos necesarios de manera eficaz.

1.3 CONTEXTUALIZACION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACION INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE FREDONIA

Lamentamos a diario que nuestra comunidad como muchas otras de nuestro país, posee unas condiciones de vida que no garantiza en los menores su desarrollo integral, lo que se refleja en un elevado crecimiento de la población infantil que nacen no simplemente "en la pobreza" sino "de la pobreza" y cuyo problema inmediato es la lucha por la sobrevivencia dentro de un ambiente precario, que los coloca en permanente riesgo dificultando su proceso de desarrollo.

En Colombia más del 40% de la población vive en condiciones de pobreza, entendida ésta no solo como la situación en la cual se padece la insatisfacción de una o varias necesidades básicas (físicas), sino también como todas aquellas manifestaciones de indiferencia hacia todo lo que hace referencia a su desarrollo como persona, como ser social, expresado a través de la no participación en programas que tienen que ver con la elaboración de sus propios proyectos de vida; son gentes que habitan en viviendas inadecuadas con insuficientes o nulos servicios sanitarios y de agua, que padecen hacinamiento crítico, tienen altas tasas de dependencia económica, no asisten a la escuela y perciben bajos ingresos, poco sentido de

solidaridad y conformismo ante las situaciones que le son adversas, generalmente esperan la intervención de las instituciones o agentes externos para buscar el bienestar. Estos hechos que caracterizan la situación sanitaria de la población infantil del país se repiten en la comunidad de Fredonia, aunque aquí de manera mucho más crítica, conformando al niño una red de relaciones físico ambientales y socio familiares que le son sumamente adversas.

Las cifras nacionales nos sirven para contextualizar nuestra problemática haciendo que tengamos que mirar el ambiente de nuestra comunidad estudio como muestra repetitiva de carencias que padece la población infantil de la nación.

La pobreza en la niñez, según el Boletín Estadístico del DANE de Junio de 1987: "Magnitud de la pobreza en Colombia", señala que la mitad de los niños del país 51.6% viven en situación de pobreza. El 40.2% de los niños menores de 1 año de las cabeceras municipales se encuentran en viviendas pobres, y en la zona rural esta proporción es de 75.3%. Este grupo requiere atención especial, ya que su tasa de mortalidad es particularmente alta.

Si se examina la población pobre por grupos de edad tenemos que el 43.5% es menor de 15 años y el 17.9% tienen menos de 6 años, lo que indica que una alta proporción de niños en el país (51.9%) viven en situación pobre. (19)

Con relación a la alimentación y nutrición, las cifras son también significativas, ya que según las estimaciones del D.N.P., en 1984 el 25% de la población colombiana aunque hubiera dedicado todos sus ingresos a la satisfacción de sus necesidades alimenticias, no podría haberlas cubierto. Esta situación se relaciona directamente con los déficit nutricionales existentes en la población más pobre, y especialmente en el grupo de niños menores de 6 años, lo que repercute en el desarrollo físico y psicológico del menor quien presenta problemas de retardo (mental y físico), problemas de aprendizaje y de tipo comportamental ya que la privación de la satisfacción de éstas necesidades generan en ellos agresividad, resentimiento, aislamiento, retraimiento, etc.

Si observamos la situación de nuestra población investigada (menores de 7 años), vemos que ésta no escapa a la realidad anteriormente mencionada, ya que por

19 DANE. Proyecto indicadores de Pobreza. Bogotá, 1987.

encontrarse ésta ubicada en la zona Sur Oriental de Cartagena presenta condiciones de subnormalidad que no garantizan a los menores su desarrollo en los aspectos físicos, psicosocial como son:

- Cercanía a la Ciénaga de la Virgen y a los caños Chapundún y Calicanto, los que sirven de botaderos de basura y desagüe de aguas negras no solamente de la comunidad sino de otros barrios de la ciudad aumentando su grado de contaminación.
- Tierras bajas y anegadizas.
- Calles con aguas estancadas propicias para la anidación de insectos.
- Hacinamiento en las viviendas y convivencia con animales.
- Insuficiencia de servicios públicos básicos y carencia de alcantarillado.
- Ingresos familiares insuficientes e inestables ya que en su mayoría pertenecen al sector informal de la economía.

- Pésimas condiciones higiénicas.

- Escasas oportunidades educativas debido a la falta de aulas para una población que crece vertiginosamente.

A estas condiciones de carácter socio-cultural, se suman situaciones de tipo patogénico en el medio familiar y comunitario caracterizados por: Relaciones conyugales sumamente inestables y cuyas consecuencias son entre otras las siguientes: Maltrato físico y/o verbal, infidelidad, incumplimiento de las responsabilidades, utilización de los menores como amenaza para el otro conyuge, ausencia de una comunicación adecuada, uniones sucesivas, madresolterismo, agresividad bastante marcada ante las diferentes situaciones problemáticas, no abordaje adecuado de las crisis vitales de la familia, utilización de mensajes verbales con doble sentido (generalmente con aspectos que tienen que ver con el sexo).

En esta parte vemos como el medio físico-social y el medio familiar no son subsistemas separados, en donde la conjugación de éstos están disminuyendo la capacidad de subsistencia y desarrollo armónico e integral de los menores, lo cual se manifiesta en anomalías no solo de

tipo físico-biológico como: Enfermedades de la piel, de las vías respiratorias, diarreas, gastroenteritis, otitis, desnutrición y un alto índice de mortalidad; sino que de igual forma estas condiciones se reflejan en los comportamientos asumidos por el menor en su entorno social caracterizado por: conductas agresivas, retraimientos, aislamiento, trastornos de aprendizaje, utilización de terminos soeces como lenguaje cotidiano, no participación en las actividades de los hogares, juegos bruscos, mal trato mutuo (niño-niño) y dificultad para relacionarse con los otros, presencia de pandillas juveniles, consumo de alcohol y de drogas.

2. ESTRUCTURA PATOLOGICA DE LA POBLACION INFANTIL

2.1 ASPECTOS GENERALES

Es en el período de la infancia donde se inicia la formación de los procesos físicos, mentales y sociales del individuo, teniendo en cuenta ambientales propicios para este desarrollo. Además las primeras experiencias vividas en esta etapa son fundamentales para que el niño alcance su desarrollo normal, y éstas determinan positiva o negativamente la estructuración de la personalidad.

Vemos como en nuestros países latinoamericanos, y referidos particularmente al caso de Colombia, la anterior afirmación tendrá carácter alarmista y contradictorio, si miramos la siguiente cita del D.N.P. (Departamento Nacional de Planeación): "En Colombia la población infantil estimada para 1985 es de 5'114.000 de esa población 2'966.00 forman parte de familias con ingresos mensuales inferiores a tres (3) salarios

mínimos, con altos índices de morbimortalidad por causas prevenibles asociadas a condiciones medio-ambientales desfavorables.⁽²⁰⁾ Además en el país mueren cada año 57.000 niños menores de cinco (5) años por causas perfectamente prevenibles: Diarrea, infecciones respiratorias, complicaciones del embarazo y desnutrición.... y si a esto le agregamos la aseveración del Doctor AMAR AMAR referido al caso Latinoamericano: "Los menores entre 0 y 6 años representan el 18.5% de la población de América Latina que equivale a 40 millones de niños en edad preescolar. De ellos 38 millones viven en situación de pobreza. Aproximadamente 70 de cada 1.000 nacidos vivos mueren antes de cumplir el primer año. El hambre y la desnutrición afectan a 30 millones de infantes, el 70% de las muertes ocurren por sarampión y diarrea"⁽²¹⁾ y a pesar de esta grave problemática, observamos alarmados como muchos países gastan más en defensa que en la salud de la niñez. El Banco Mundial ofrece un resumen estadístico del descenso de las inversiones en favor de la niñez hoy: "34 países con la mortalidad infantil más elevada (más de 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos), gastan tres veces más en

20 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. División de Población, Colombia. Proyecciones de Población 1983 - 1986. Bogotá 1983.

21 AMAR, Amar José. Los Hogares Comunales del Niño. Teoría y Experiencia. Proyecto Costa Atlántica.

defensa que en salud". (22)

Agregándole otros datos referentes a este tema tenemos que "cada año en todo el mundo se gastan en armamento más de 550.000 millones de dolares.... por lo común cuesta más o menos lo mismo armar y entrenar a un soldado que educar a 80 niños.

El costo de un bombardero típico es aproximadamente el mismo que el costo de eliminación de la viruela por un periodo de 10 años. El lanzamiento del último modelo submarino equipado con armas nucleares cuesta lo mismo que construir 450.000 viviendas económicas". (23)

A lo anterior hay que agregar como el grupo familiar y la dinámica que esta gesta juega un importante papel en todo este proceso patológico que se está generando, puesto que la familia funciona como un todo y cualquier condición o circunstancia que afecta la salud de uno de sus componentes afectará el conjunto.

Teniendo lo anterior como marco de referencia general, pasaremos a desagregar la problemática que se presenta en

22 Estado Mundial de la Infancia. Revista Unicef. 1986.

23 Tomado del Artículo "Cuesta lo mismo armar a un soldado que educar a un niño". Revista Manlari. Inderena, 1988.

nuestra comunidad y como está afectando principalmente a la población infantil.

2.2 NATURALEZA DEL MEDIO AMBIENTE FISICO-SOCIAL

Bien podemos introducir nuestra temática con la siguiente cita:De los 144 barrios de la ciudad de Cartagena, 22 o sea el 15% son típicos tugurios; 37 barrios (25%) son de estrato bajo, 47 o sea el 32% pertenecen al estrato medio-bajo (Tomado de acuerdo al número de barrios del Concejo Municipal, Marzo de 1985). La totalidad de los 11 corregimientos pertenecen a la clasificación de estrato bajo.

De acuerdo con las cifras del último censo de población y vivienda, encontramos que el 72% de las viviendas del municipio pertenecen a los tres estratos socio-económicos más bajos, o sea el tugurial, el bajo y el medio bajo. Los dos primeros dentro de la categoría de pobreza absoluta. Si el promedio de personas por vivienda para Cartagena e de 5.5 (último Censo) surge la cifra de 384.400 habitantes del Municipio de Cartagena viviendo en los tres estratos socio-económicos más bajos. De éstos el 40% o sea 114.000 personas viven en situaciones de pobreza absoluta.

De los barrios mencionados anteriormente, 33 están ubicados a orillas de los cuerpos de agua de Cartagena, lo mismo que los corregimientos. Estos barrios y corregimientos congregan una población de 184.00 (promedio de 6.3 habitantes por vivienda). La totalidad de las viviendas de estas personas no cuentan con el servicio de alcantarillado, lo cual quiere decir que vierten directamente sobre los cuerpos de aguas aledaños sus residuos sanitarios y la mayor parte de las basuras.

Si por otro lado tenemos que el 60% de las viviendas poseen servicio de alcantarillado (datos de las EE.PP.MM.) y que el 60% de las descargas de estos 300.000 cartageneros también van a parar sin tratamiento alguno a la ciénaga de la Virgen, y el otro 40% del vertimiento a la bahía de Cartagena. (24)

La situación de nuestra comunidad objeto de estudio no escapa de esta realidad ya que Fredonia, por ser un barrio situado en la zona Suroriental de Cartagena posee condiciones de subnormalidad tanto en su infraestructura como como en su aspecto humano que no garantizan a sus habitantes lograr un eficiente desarrollo físico-biológico, psicológico y social: Si miramos el aspecto

24 REVISTA MANGLARIA. Artículo Impacto Social de la situación Sanitaria en Cartagena. Inderena, Cartagena, 1988.

vivienda, éstas no poseen adecuado servicios públicos básicos (luz, agua, recolección de basuras y otros), o carecen de ellos tal es el caso del servicio de alcantarillado de gran importancia para cualquier comunidad, donde sus habitantes se ven precisados a deshacerse de las aguas negras y los excrementos por medios que empeoran su medio ambiente como lo podemos observar en la siguiente Tabla:

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DEL DEPOSITO DE EXCRETAS. MAYO DE 1989

LUGAR DONDE SE DEPOSITAN EXCRETAS	Nº	%
POZA SEPTICA	36	45
PATIO	20	25
TANQUE	11	13.75
CANOS	5	6.25
CIENAGA	8	10
T O T A L	80	100

FUENTE: Datos obtenidos en encuesta aplicada. Mayo de 1989.

Esto demuestra el elevado grado de contaminación que posee el barrio, lo que va a repercutir en la salud de sus habitantes, especialmente en la infantil.

El proceso anterior se agrava en el período de lluvias, puesto que se forman corrientes que arrastran todos estos desperdicios, lo que conlleva al florecimiento de epidemias y virus.

En lo que respecta a la estructura de las viviendas, hay que destacar que solo cuentan con un promedio de 1 - 3 habitaciones⁽²⁵⁾ y un (1) solo dormitorio (41.25%) de la población, en donde conviven la mayoría de las veces hasta 15 personas. En nuestro caso un 60% de las familias viven 6 - 10 personas en una sola vivienda y en un 16.25% conviven de 11 - 15 personas.

Es importante señalar que las dimensiones de estas habitaciones son muy limitadas, es decir, los espacios son relativamente "pequeños", lo que hace que las viviendas se conviertan en unas verdaderas "prisiones" para sus habitantes, problema que es solucionado en parte por la vida de relación que se desarrolla en las esquinas, calles, andenes y tiendas.

25 Estamos considerando por habitación todos los espacios de la vivienda.

Siguiendo con las viviendas, en un estudio cuantitativo realizado recientemente por ORDÓÑEZ (1987), se muestra como las características de estas y sus servicios son un factor determinante de la mortalidad infantil, dentro de las variables consideradas por la autora, la mayor importancia es el material de los pisos (en nuestro caso un 43.75% de la viviendas tienen pisos de tierra, y un 47.5% de cemento), sigue a continuación el hacinamiento, luego el acceso de agua potable, y por último la clase de combustible para cocinar. (26)

También hay que agregar la convivencia con animales no solo perteneciente a los dueños de la casa, sino a los vecinos, destacándose perros, cerdos, y aves de corral, aumentándose el problema parasitario. Todo esto trae como consecuencia que se de el hacinamiento en la mayoría de las viviendas, debido a la simultaneidad de funciones y actividades que se realizan en el mismo espacio físico ya que éstos son reducidos y no aptos para la coexistencia humana.

Este proceso dinamiza la descomposición moral del niño, lo que se constituye en causal de promiscuidad que hace que el niño desde temprana edad tenga un conocimiento

26 Citado en Pobreza y Desarrollo de Colombia. Su impacto sobre la infancia y la mujer. Colombia, 1989.

sexual precoz y por ende una deformación cultural que se acrecienta por el bajo o carente grado de educación de él y los suyos.

Siguiendo con el hacinamiento es importante decir que incide en el aumento de las enfermedades infecciosas respiratorias agudas en los niños, las cuales son una de las principales causas de morbi-mortalidad en los subgrupos de menores de un año, de 1 - 4 y de 5 - 14 años de edad.

Toda esta problemática se hace más agravante porque en todos los frentes de las casas se encuentran aguas estancadas propicias para la anidación de toda clase de insectos y roedores, haciendo el problema más grave puesto que los menores escogen esos sitios para practicar sus juegos favoritos. Además la comunidad está rodeada por los caños Chapundún, ubicado en la entrada del barrio, canal de aguas negras putrefactas y represadas a lo largo de los últimos 10 años, laguna llena de mohín y colectores de basura; y Calicanto los que sirven de botadero de basuras y desague de aguas negras, las que van a desembocar a la ciénaga de la Virgen que también circunda la comunidad.

Esta última recibe "el 60% de los aportes de aguas negras

sin ningún tratamiento que genera la ciudad a través de cinco emisarios del alcantarillado sanitario y cinco canales fluviales abiertos, que se han convertido en vertederos de aguas negras.....el grado de contaminación es tan avanzado que la entrotificación resultante ha producido en varios años sucesivos, masivas mortandad de peces.....". (27) "La ciénaga de la Virgen se ha transformado en una ciénaga no ancta, y paradójicamente a su nombre, a sus encantos paradisiacos y a su establecimiento como una área de reserva biológica (Decreto Nº 184 de 1978), ha pasado a ser un cuerpo de agua putrefacta, cuya podredumbre trasciende amenazadora e irregularmente, como péndulo por períodos expresados con desagradables olores expandidos sobre la ciudad, como una nueva y temible visión de la contaminación moderna y negligente, punible azote evocador de las plagas biblica, esta vez sacrificando inocentes. La exclusión de la comunidad, inicialmente reconocida, marca las intenciones un tanto espúreas del desenvolvimiento futuro de esta situación ecológica.... (28)

Es importante anotar que de acuerdo a informes científicos, los desechos orgánicos e inorgánicos han contribuido a la formación de una vasta capa de cieno en

27 Ver al respecto Revista Manglaría Nº 5. Inderena, Abril de 1988.

28 CURE JANA, Durance. Una ciénaga Virgen. Cartagena, Agosto de 1988.

el fondo y en la orilla de la ciénaga, la cual expide metano y ácido sulfúrico, gases letales para la vida animal que allí se desarrolla y humana que la circunda". (29)

A todo este proceso de contaminación, las personas del barrio contribuyen arrojando todo tipo de basuras y desechos tanto a la ciénaga como a los caños no previendo la gama de enfermedades que se presentan especialmente en los niños, es importante resaltar que muchas viviendas de la comunidad se encuentran ubicadas dentro del caño Chapundún y la ciénaga de la Virgen trayendo como consecuencia que esas familias estén más propensas a contraer cualquier tipo de enfermedades, y la mortalidad infantil se presenta en forma creciente.

Otra forma en que la comunidad contribuye a la contaminación es arrojando los desperdicios y basuras en los solares, en donde al no ser incinerados ni tratados adecuadamente desarrolla una atmósfera mal oliente sobre la población, de allí que ella sea presa fácil de todas las epidemias que se transmiten a través de una atmósfera contaminada.

29 ELLES QUINTANA, Ubaldo. La contaminación en Cartagena de Indias. Catástrofe Ecológica y Humana.

Si los aspectos físico-ambientales fueron medidos a través de la naturaleza de las fuentes de agua, las características de la vivienda y la existencia de los servicios públicos, básicamente el alcantarillado, los aspectos sociales tendrán en cuenta tres variables básicas: Condiciones laborales, ingresos y educación.

Es de público conocimiento y no crea novedad alguna encontrar en nuestro país comunidades enmarcadas por una total pobreza absoluta, un alto índice de morbimortalidad, hacinamiento y desnutrición; problema que se torna cada día más grave debido al aumento diario de la contaminación ambiental.

Este problema afecta directamente a la población infantil, por ser ésta la más vulnerable. Si miramos el Boletín de Estadísticas del DANE de junio de 1987: "Magnitud de la Pobreza en Colombia", señala que la mitad de los niños del país (51.6%) viven en situación de pobreza, cifra que corroboran la prioridad que debe tener este grupo etéreo. A este aspecto cuantitativo hay que agregar que los efectos negativos de la pobreza, se hacen más riesgosos durante el embarazo de la madre y los tres primeros años de vida del niño.

El 40.2% de los niños menores de un año de las cabeceras

municipales se encuentran en viviendas pobres y en la zona rural esta proporción es de 75.3%. Este grupo requiere atención especial, ya que su tasa de mortalidad es particularmente alta.

Los niños no constituyen un grupo aislado y en su buena medida su situación de pobreza deriva de las condiciones generales del hogar, y en forma especial de los adultos que trabajan.

El 38.6% de la población ocupada no tiene sus necesidades básicas satisfechas, y es pobre aún teniendo trabajo.

Particularmente, para los obreros (en un 55.7%); los trabajadores independientes (37.7); los trabajadores familiares sin remuneración (63.5%); y los empleados (10.5%).⁽³⁰⁾

Referencia a la comunidad de Fredonia, si analizan el aspecto socioeconómico, observamos que se destacan problemas de ingresos y más específicamente obtención de un empleo fijo, puesto que el 71.25% pertenece al denominado informal de la economía, sobresaliendo oficios como: Vendedores ambulantes, vendedores en el mercado de

30 DANE. Magnitud de la Pobreza en Colombia. Junio de 1987.

Bazurto, ayudantes de chofer, loteros, etc. O no cuentan con empleo sino con trabajos de "marañas" o "lo que le salga" como ellos lo denominan.

Cuando se habla de trabajo de "maraña" o "lo que le salga", se refiere a aquellas labores que se le presentan a éstas personas esporádicamente o cuando tienen la "suerte" que alguien les avise o los llame para que realicen pequeños trabajos.

Existe un 12.5% de desempleo y 11% es empleado dependiente; este caso es referido esencialmente al padre.

Si miramos el caso de las madres, en donde el 46.2% se ha incorporado al mercado laboral por que muchas son madres solteras o abandonadas por sus maridos, tocándoles asumir la tarea de mantener a sus hijos porque los padres de éstos no cumplen con ningún tipo de responsabilidad: El 31.25% trabaja en servicio doméstico, el 2.5% en forma independiente (fritangueras, vendedoras en el mercado de Bazurto, etc.), y solo un 8.7% es empleada básicamente de algún almacén en la ciudad.

Con relación a los ingresos percibidos éstos no pueden ser más alarmantes si tenemos en cuenta que éstos oscilan

entre \$ 7.000.00 y \$ 43.000.00, en los padres, y de \$ 4.000 a \$ 39.000.00 en las madres; para solventar las necesidades básicas de un hogar (págo de servicios, alimentación, salud, educación y otros), los cuales están conformados entre 1 y 15 miembros (ver Tabla Nº 2).

TABLA Nº 2

NIVEL DE INGRESO DE LOS PADRES DE LOS MENORES QUE SE ENCUENTRAN EN LOS HOGARES DE BIENESTAR INFANTIL. MAYO DE 1989.

INGRESOS DE LA MADRE		Nº	%
\$ 4.000.00	\$ 9.000.00	6	7.5
10.000.00	15.000.00	17	21.25
16.000.00	21.000.00	5	6.25
22.000.00	27.999.00	2	2.5
28.000.00	33.999.00	4	5
34.000.00	39.000.00	1	1.25

NOTA: Las 45 madres restantes y los 12 padres no registran ningún ingreso.

Continuación Tabla Nº 2

INGRESOS DEL PADRE		Nº	%
\$ 7.000.00	\$ 12.999.00	5	6.25
13.000.00	18.999.00	11	13.75
19.000.00	24.999.00	13	16.25
25.000.00	30.999.00	22	27.5
31.000.00	36.999.00	15	18.75
37.000.00	42.999.00	1	1.25
43.000.00	ó Más	1	1.25

NOTA: Las 45 madres restantes y los 12 padres no registran ningún ingreso.

FUENTE: Datos obtenidos en encuesta aplicada a las familias (80) de los menores que se encuentran en los Hogares del Bienestar Infantil de la comunidad de Fredonia.

Es importante destacar que los empleos mencionados son extenuantes, en donde a las personas les corresponde estar todo el día fuera de la casa, dejando al menor solo o al cuidado de otras personas^m (madres comunitarias, hermanas, vecinos, etc.), lo que implica deficiencia en los cuidados físicos, higiénicos y de alimentos, alto riesgo de accidentalidad domiciliaria e inicio en la vida callejera como preámbulo a la prostitución y a la delincuencia juvenil.

A todos esto hay que agregar el nivel de instrucción alcanzado por los padres de los menores, lo que va a influir en la obtención de un empleo y en los cuidados que le van a brindar al niño, sobresale para el padre: 15% es analfabeta, y 45.25% cursó primaria incompleta. En el caso de las madres: 11.25% es analfabeta, 38.75% realizó primaria incompleta, y solo el 1.25% cursó bachillerato completo. Cabe destacar que el nivel educativo de la madre incide en el mal estado de salud del niño; puede afectarse su estado nutricional por hábitos alimentarios inadecuados o manipulación inapropiada de los alimentos, o por la carencia de buenos conocimientos sobre cuidados de su salud, o sobre la manera de prevenir accidentes.... "las madres analfabetas constituyen pues un riesgo de mortalidad para sus

hijos". (31)

Si anteriormente dijimos que las condiciones de salud o enfermedad están dadas por la naturaleza de las interacciones que el sujeto establece (sujeto que en este caso es el niño), bien podemos afirmar que en su aspecto físico-social estas interacciones expresan situaciones de desarmonía, lo que nos permite hablar de la conformación o la permanencia de procesos mórbidos como reguladores de la cotidianidad de la población infantil que nos ocupa.

En la comunidad de Fredonia este proceso mórbido está conformado básicamente por los siguientes componentes:

- La contaminación medio ambiental (ciénaga de la Virgen, caños Chapundún, y Calicanto, estancamiento de las aguas en las calles, basureros, patios anegadizos).
- Hacinamiento de la vivienda.
- Falta de alcantarillado y uso de pozas sépticas.

31 Ver al respecto, Pobreza y Desarrollo en Colombia. Sin impacto sobre la infancia y la mujer. Unicef y otros, 1988.

- Condiciones laborales basadas en una economía informal.
- Niveles precarios de ingresos.
- Bajo nivel de escolaridad.

2.3 FAMILIA Y SALUD

La familia es el punto de partida en el proceso de socialización de sus miembros, por tanto, se convierte en la base de la sociedad y núcleo generador y transmisor de valores, normas, actitudes y creencias que faciliten al individuo desarrollarse física, psíquica y socio-cultural para poder integrarse dentro de una sociedad. Por tanto es la institución mediadora entre el individuo y del grupo social; es por excelencia el grupo en el cual se desarrolla la experiencia de "el estar con otro" de "la capacidad para hacer con el otro". Sin embargo estas funciones de la familia han venido siendo dificultades, pues sabemos que la dinámica de la sociedad cambia, por tanto, la familia también, por ser esta parte integrante de la misma, han sufrido un proceso de transformación de acuerdo con el lugar, el tiempo y el momento histórico. Actualmente la familia es objeto de mutaciones

socioculturales, varias de las cuales atenta contra su integridad hasta el punto de que ésta se encuentra en crisis, no permitiendo a sus miembros un desarrollo armónico e integral, pues mantiene una dinámica generadora de sufrimientos que limita la satisfacción de necesidades de sus miembros y es disfuncional para la sociedad en su rol como agente socializador.

Al referirnos a las crisis familiares nos estamos refiriendo a manifestaciones específicas que los miembros de un sistema adoptan ante situaciones de conflicto. Utilizaremos aquí el aporte del Dr. ALBERTO VASQUEZ en los conceptos de crisis vitales y crisis de desajuste.

De esta manera entendemos la crisis vital como situaciones de carácter conflictivo que permiten a las familias constituirse, afianzarse o desarrollar el sentido de complementariedad en uno y/o cada uno de sus miembros. Estas crisis tienen un tiempo, son esperables y necesarios, como ejemplo de ello tenemos: La muerte de algún miembro de la familia, el nacimiento de uno de los hijos, la conformación de una nueva pareja (adolescentes) sin autorización de los padres, muy frecuente en esta comunidad, pero que una vez se llegue a un "arreglo" entre las dos familias todo vuelve a la normalidad. Cuando las crisis vitales no son resueltas y superadas en

determinado tiempo, y se prolongan, podemos que se han convertido en crisis de desajuste.

La crisis de desajuste la atendemos como situaciones de carácter conflictivo que disminuye en las familias la capacidad de rehacerse como experiencia interaccional, acercando a cada uno de sus miembros hacia comportamientos donde prima la realización de intereses estrictamente particulares. La crisis de desajuste no tiene que incluir el estado de separación física de sus miembros, esta puede llevarlos a aceptar su desarrollo de manera individual (familias funcionales) sin que se presente la ruptura física. (32)

No es novedad encontrar en las familias de la comunidad casos de alcoholismo (3.7%), drogadicción (1.2%), maltrato físico (22,5%), abandono parcial o total por parte de uno de los conyuges, infidelidad (26%), falta de respeto mutuo, pérdida del sentido de integración como pareja; sin embargo siguen conviviendo bajo el mismo techo más por el aporte económico y por la costumbre, que por algún lazo de tipo afectivo que los una. Esto no muestra como la familia se consagra como una relación sexual y no se constituye sobre valores y sentimientos,

32 VASQUEZ, Alberto. Jornada sobre terapia familiar y entrenamiento sobre teoría y práctica familiar sistémica (miniógrafo).

lo que no permite superar las crisis que esto trae consigo, retomamos aquí a FRANK KAFKA cuando en su obra La Metamorfosis, dice: "Vivimos en un mundo donde las relaciones son tan perecederas que no nos motivamos a poner el corazón en ellas" (33)

Para la comprensión y análisis de las crisis que se viven al interior de las familias y su incidencia en el desarrollo integral del niño y en la salud de la familia, retomaremos los conceptos factores condicionantes y factores determinantes, por el carácter explicativo de éstos últimos, del trabajo de tesis titulado: "Crisis familiares y nuevas formas de intervención con participación comunitaria". (34)

Es así que por factores condicionantes se entenderá aquellos elementos o conjuntos de elementos que intervienen en el conflicto, pero que por sí solos no son capaces de explicar las crisis de la convivencia familiar, aunque su consideración está determinando la especificidad que adopta en el grupo este mismo proceso. Y por factores determinantes aquellos elementos que explican las crisis de las familias y que por su nivel de

33 KAFKA, Frank. La Metamorfosis.

34 DURANGO, Orlando y otros. Crisis familiares y nuevas formas de intervención con participación comunitaria. Universidad de Cartagena, Facultad de Trabajo Social. 1987.

generalidades nos permiten recuperar el problema a través de las relaciones que norman el comportamiento disfuncional de la pareja conyugal, haciendo abstracción de los momentos y componentes específicos del propio sistema.

De esta manera, independiente de los aspectos socio-económicos de la comunidad (bajos niveles de ingresos e inestabilidad laboral), sexo, estado civil, ocupación (la mayoría perteneciente al sector informal de la economía o "economía de rebusque"), religión, medio ambiente desfavorable (cercanía a focos de contaminación), todos ellos factores condicionantes; es en los valores, sentimientos, naturaleza de la comunicación, organización y estructura familiar de las familias de estos menores, desde donde se hace posible explicar la naturaleza disfuncional del sistema que inciden en las manifestaciones patológicas de los mismos no solo en su aspecto biofísico (enfermedades y estructura corporal débil) sino que también se manifiesta en el comportamiento adoptado por éstos tanto en sus casas como en los Hogares de Bienestar y que tienen su repercusión en el medio comunitario, expresado con el paso del tiempo en la conformación de pandillas juveniles, consumo de drogas y delincuencia entre otras.

La crisis de la familia tiene que ver con la incapacidad de sus miembros para relacionarse, lo cual imposibilita la adquisición de recursos que le permitan superar su conflicto y a relacionarse consigo mismo, pues priman siempre como experiencia general la presencia de una inadecuada interacción.

Si miramos un poco el balance del primer cuatrimestre de 1988 de los casos atendidos en el Centro Zonal Nº 4 del I.C.B.F. Regional Bolívar, 716 fueron por conflictos familiares y relaciones de pareja, 512 en el área legal por reconocimiento, demanda por alimentos, investigación de paternidad; esto nos refleja la crisis al interior de las familias, pero de igual forma son manifestaciones que nos llevan a explicar la patología social y familiar que no permiten el desarrollo integral del niño, ya que la alteración de la salud de uno de los miembros afecta el funcionamiento normal del grupo familiar.

Se pretende entonces plantear que la disfuncionalidad aparece como hecho constitutivo de la unión que surgen no de un proceso interaccional interrumpido sino de un proceso interaccional que no se ha constituido, ya que la sociedad y el subsistema familiar los preparó como sujetos particulares, con poca capacidad de afrontar y vivir como colectivo.

Es conveniente aclarar que el concepto de familia en nuestra comunidad objeto de estudio, difiere un poco en relación con el de la sociedad, pues nos hallamos aquí ante un tipo de familia organizada en torno a la mujer, estableciéndose una matrifocalidad, en el cual los hijos casados o con hijos siguen dependiendo de su madre, bien sea que convivan o no bajo el mismo techo; esto hace que la familia sea un concepto amplio del cual hacen parte primos, sobrinos, cuñados, abuelos, y aún compadres; por tanto la socialización se dá y se recibe básicamente a través de la familia numerosa, la que se convierte en el más importante de los grupos con funciones socializadoras, las que se verán complementadas por el colegio, el barrio o la calle.

Desde el mismo momento en el cual se dá formación de una nueva pareja ésta se constituye como un agregado de individuos más no como un grupo, pues las uniones obedecen a una necesidad sexual, en los hombres como forma de afianzamiento del machismo imperante en la cultura, es así que en la comunidad vemos que el hombre no tiene que ver con el cuidado de los hijos, ni con sus estudios, ni mucho menos con las labores cotidianas que una casa supone; se dirigen a ellos solamente cuando van a pegarles, regañarles o en los fines de semana cuando los mandan a comprar cigarrillos o "una botella de ron".

Además cuando están en la vivienda es función de jugar, dormir, beber, escuchar música. En las mujeres como la posibilidad de liberarse de las responsabilidades que les son asignadas a temprana edad (cuidar hermanos menores, de la casa, cocinar, lavar, planchar, etc.).

Ademas vemos que las parejas no saben manejar sus conflictos internos (muchas veces problemas normales en cualquier familia) y cuando tienen una discusión lo hacen delante de sus hijos, descalificandose entre sí, lo que trae como consecuencia que los hijos se alien con uno de los padres en contra del otro.

Observamos como las madres toman a sus hijos y pertenencias para mudarse a casa de sus familiares, lo que va creando ambientes familiares inestables. Los menores son los que sufren las consecuencias, puesto que van creciendo sin normas disciplinarias claras, sin figura de autoridad definida y sin sentido de pertenencia a un hogar propio. Se puede decir que esta parejas funcionan más con conductas emotivas que con razones. Además los menores no solamente reciben órdenes y castigos de sus padres sino de todos los miembros de la casa (abuelos, tíos, hermanos, etc.).

Esto no posibilita a las parejas el conjunto de

herramientas necesarias para enriquecer de manera mutua la red de relaciones que ésta debe establecer, pues cada uno de ellos solo puede dar lo que trae "un aprendizaje individualizante" normado por la competencia particular y el propósito de poseer al otro, de dominarlo, lo que los hace inestable. Este tipo de inadaptabilidad e inestabilidad en las familias está incidiendo en la patología que la misma presenta. Es así, que no son raros los problemas de drogadicción, delincuencia, alcoholismo, pandillas juveniles, problemas entre vecinos; lo que se va constituyendo en ejemplos negativos para la nueva generación que se va formando. En el caso del fenómeno de las pandillas juveniles y de los casos de delincuencia, los niños en sus juegos carecterizan a los miembros de éstas o a los delincuentes con renombres no solo a nivel de la comunidad sinó de la ciudad, puesto que éstos en muchos casos son familiares suyos, y los niños viven de cerca esa experiencia, viéndola como algo interesante digna de ejemplificar, es así, que se asignan personajes del "malo" y del "policía", utilizando palos y otros objetos para representar el cuchillo, "champeta", revólver y otros instrumentos que utilizan, escuchándoseles decir: "Te voy a dar una puñalada", "cuando sea grande voy a ser como X miembro de la pandilla tal"...

A estos fenómenos se le agregan otros como uniones sucesivas, en donde las madres buscan una estabilidad económica para el sostenimiento de los menores; madresolterismo, teniendo éstas que salir a trabajar para buscar el "alimento" a los niños y dejándolos al cuidado de la abuela, algún otro familiar o algún vecino.

Es importante aclarar que las abuelas en esta comunidad cumplen un papel fundamental como elemento socializador, ya que son las encargadas de cuidar de los menores en ausencia de sus padres (cuando salen a trabajar, o viajan a países vecinos en busca de mejores oportunidades de trabajo); unión temprana de parejas, en donde le brindan pocos cuidados a los menores debido a la falta de preparación como padres; maltrato físico y/o moral (tanto de los padres entre sí como hacia los hijos), promiscuidad sexual, alto porcentaje de desnutrición; abandono parcial, principalmente por el padre; altos índices de niños sin reconocimiento paterno, puesto que los padres consideran que esto no es importante o que la madre del menor los embargaría por alimentos; privación de afecto, en donde son muchos los niños huérfanos con padres vivos necesitados de adopción por sus propios padres; esto a su vez tiene su repercusión en la conducta adoptada por el menor.

2.4 CONSECUENCIAS BIOFISICAS Y COMPORTAMENTALES DEL MENOR DE LA COMUNIDAD DE FREDONIA

Hemos venido estudiando las características y la influencia del medio familiar, social y comunitario en la vida del menor y su familia, para luego detectar y establecer las patologías tanto físico-biológicas como psicosociales que éstos niños están presentando.

Antes de establecerlas es bueno retomar algunos aportes del texto del doctor JOSE AMAR, a su vez basado en un artículo titulado: "Los niños del futuro", en donde realizan una comparación de los niños de los países industrializados y los de los países de América Latina y el Caribe, para ver que les está deparando en un futuro a nuestros niños. Los niños que nazcan a partir de ese año (1986) en la sociedad económicamente desarrollada tendrán un promedio de vida superior a los 120 años y su crecimiento será muy saludable debido a que disfrutarán de una gran cantidad de vacunas contra la mayoría de las enfermedades, hasta contra el cancer.

Las computadoras serán su eje de vida....

Concluida su educación primaria, su asistencia a la escuela será de solo algunos días a la semana ya que,

desde su propia casa, haran contacto con sus profesores que le.....

Antes de los 25 años habrán terminado dos o tres carreras universitarias y a los 35 años, habrán tenido oportunidad de visitar cerca de 40 países diferentes, gracias a reactores supersónicos que alcanzarán cerca de 20.000 kms por hora de velocidad promedio.

Se casarán probablemente 4 ó 5 veces en su vida como consecuencia de la alta tecnología.....

En lo que se refiere a los niños de América Latina y el Caribe, se encuentra el cuadro siguiente (estadísticas UNICEF - Banco Mundial):. "De los cerca de 10 millones de niños que nacen anualmente 700.000 moriran antes de cumplir su primer año de vida, especialmente por falta de alimento y vacunas baratas; seis de cada diez que sobrevivan, vivirán en un ambiente precario caracterizado por el hacinamiento de la vivienda, carencia de servicios públicos básicos, ingresos familiares insuficientes y pésimas condiciones de higiene; 60 de cada 100 niños presentarán algún grado de desnutrición, que en apróximadamente 30 de cada 100 será severa hasta el punto que si logran sobrevivir, presentarán limitaciones físicas y mentales la mayoría de las veces irreversibles.

Además sus primeros cinco años de vida, pasarán la mitad del tiempo enfermos por múltiples enfermedades infecciosas que en los países desarrollados ya no existen".

Sus posibilidades educaionales serán mínimas: Sólo 80 de cada 1.000 recibirán un servicio educativo en jardines de infantes. Al tener la edad para ingresar a la educación primaria, casi 400 de cada 1.000 no tendrán ningún acceso al aparato educativo. Los que viven en medio rural, sólo la mitad podrán ingresar a una escuela y de ácuerto con las tasas de deserción y repitencia demorarán 20 años en terminar su 5º de primaria; además el 80% de ellos habrá abandonado la escuela antes de cursar el 3º de primaria.

"Sólo 350 de cada 1.000, no terminarán la educación primaria y 20 de cada mil concluirán el bachillerato, y solo 4 terminarán una carrera universitaria. Estos jóvenes privilegiados que terminen su educación superior, es muy probable que tengan dificultades para ingresar a la vida del trabajo. Algunos se demoraran años en encontrar empleo y muchos tendrán que laborar en una actividad distinta a su profesión; por último solo 15 de cada 100, lograrán vivir más de 45 años en un ambiente

de mucha convulsión social". (35)

Estas proyecciones como lo dice el mismo autor son verdades a medias porque solo parten de datos cuantitativos, pero no deja de preocupar y sorprender las diferencias enormes de éstas dos realidades (mundos) tan tristemente opuestas.

Al centralizarnos en nuestra comunidad objeto de estudio nos damos cuenta que a pesar de los esfuerzos por ejecutar programas dirigidos, principalmente a la infancia: Hogares familiares, hogares comunitarios, y por último hogares de bienestar infantil, la situación sigue siendo preocupante.

Si miramos los resultados (expresados en enfermedades tanto físicas como comportamentales), arrojados por la investigación tenemos: Síndrome gripal, infecciones respiratorias, desnutrición y otras (ver Tabla Nº 3).

35 Ver al respecto AMAR-AMAR, José. El Desarrollo del Potencial Humano en Colombia. Alternativas para una psicología del niño colombiano. Barranquilla, 1990.

TABLA Nº 3

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES

SINTOMATOLOGIA Y ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	Nº NIÑOS	%
SINDROME GRIPAL	75	87.2
INFECCIONES RESPIRATORIAS	17	19.7
INFECCIONES EN LA PIEL	23	26.7
DIARREA	21	24.4
DESNUTRICION	20	23.2
FIEBRE	43	50.
OTITIS	2	2.32
PARASITOS	14	16.2
PROBLEMAS EN LAS PIERNAS	2	2.32
PROBLEMAS PULMONARES	2	2.32

FUENTE: Datos obtenidos por encuestas aplicadas a las familias de los menores (80) e información de las madres comunitarias de los Hogares de Bienestar Familiar. Total de menores 86. Mayo de 1989.

TABLA Nº 4

PRINCIPALES PATOLOGIAS COMPORTAMENTALES

PATOLOGIAS COMPORTAMENTALES	Nº NIÑOS	%
CONDUCTAS AGRESIVAS	18	20.9
AISLAMIENTO	7	8.1
RETRAIMIENTO	8	9.3
VOCABULARIO SOEZ EN FORMA INDISCRIMINADA	17	19.7
PROBLEMAS DE ASIMILACION	14	16.2
PROBLEMAS DE LENGUAJE	15	17.4

FUENTE: Datos obtenidos de las madres comunitarias y las observaciones directas realizadas a los Hogares de Bienestar Infantil (muestra: 6 hogares). 1989.

Hay que anotar que éstos datos fueron obtenidos dos (2) años después de haberse implementado el programa "Hogares de Bienestar Infantil",⁽³⁶⁾ en donde se deduce que ya existía una mejoría en el estado de salud (física y comportamental) de los menores.

36 En ésta parte hablamos de Hogares de Bienestar, y por ende de cadres comunitarias porque nuestra muestra fueron a hogares. Además nuestra práctica académica estuvo encarrada en este proyecto.

Informes suministrados por las madres comunitarias, expresan que al comenzar el programa de cada 15 niños que entraban al hogar de bienestar 10 presentaban desnutrición (en muchos casos grave), al igual que infecciones en la piel. También era alto el porcentaje de niños con diarrea y parásitos.

Si miramos detenidamente los resultados obtenidos por la investigación nos damos cuenta que con 23.2% de niños todavía presentan desnutrición, aún estando favorecidos por el programa de Hogares del Bienestar Infantil.

Consideramos que todavía continúa presentandose un porcentaje notable de desnutrición debido principalmente a factores como:

- **Características Socioeconómicas de la Comunidad:** como se dijo anteriormente la mayoría de las personas poseen empleos inestables, lo que conlleva a no tener suficientes recursos económicos para dedicarlos a una alimentación adecuada.

- **Hábitos Alimentarios de la Comunidad:** Más que la falta de comida suficiente es la falta de

alimentación apropiada lo que puede perjudicar el desarrollo saludable del niño.

Los alimentos consumidos se resumen principalmente en: Arroz, tubérculos (yuca, plátano, ñame), y la parte grasosa de la carne (llamada por ellos "pringa cara"). Es así, que la falta de los otros alimentos (leche, carnes, cereales, frutas, verduras) hacen que el menor crezca sin la suficiente cantidad de nutrientes que su organismo necesita.

Hay que anotar que las condiciones higiénicas de éstos alimentos no son las mejores, en donde se observa el consumo muchas veces de alimentos en mal estado, produciendo otras enfermedades como diarrea y parásitos.

A lo que contribuye las condiciones de desaseo tanto de las casas como del lugar donde como el menor. Referido a este caso, cuando se le preguntaba a las madres en qué lugar come el menor, el 43.3% contestó que en cualquier sitio de la vivienda. (37)

37 Cuando expresan cualquier sitio de la vivienda, incluyen desde el patio hasta la puerta de la casa. Cabe destacar que ésta actividad (comer) los niños la realizan la mayoría de las veces en el piso de la vivienda, donde el 43.7% son de tierra, y el 47.5% de cemento. Por observaciones directas realizadas a las viviendas, se concretó que un 71.5% de éstas tienen pisos "sucios" y en muy mal estado, lo que contribuye a la aparición de ciertas enfermedades.

Otras condiciones importantes que estan haciendo que se produzcan toda la gama de enfermedades presentadas anteriormente tienen que ver con la deprivación afectiva y de estimulación psicológica.

Las diferencias más significativas se encuentran en la educación de la madre, la educación del padre, las habilidades de lectura y escritura de la madre, la ocupación del padre, el área de la vivienda, y en forma muy especial, en los hábitos de crianza del niño, tales como el juego de los padres con el niño y las facilidades para explorar el ambiente.

Hay que anotar que la desnutrición es un problema más amplio que la ausencia de la alimentación adecuada.

La desnutrición rebaja el nivel de actividad del niño y recorta toda una serie de posibles interacciones con el medio ambiente que le proporcionaría experiencias básicas, y muy importantes para su desarrollo integral. Además la desnutrición en su estado de consunción, es decir, más avanzado, provoca severos daños físicos y mentales.

El doctor JOSE AMAR, en su texto: "El Desarrollo del Potencial.....", hace referencia a los trabajos de

CLEMENT, Mora y otros (1970) en donde detectan la correlación existente entre la gravedad de la desnutrición durante los primeros años de vida y el rendimiento intelectual. Es más, CLEMENT demostró que los antecedentes socioeconómicos de la familia del niño era la variable que incidía de manera más apreciable en el estado nutricional, de salud y del desarrollo intelectual.

Casi todos los estudios coinciden en que los niños que han sufrido de desnutrición grave y crónica en la primera infancia y han crecido en condiciones sociales y económicas muy desfavorables, la función cognitiva, y el progreso en la escuela están gravemente amenazados. (38)

Hemos hecho referencia primero que todo a la desnutrición porque es uno de los principales problemas que afecta a la población de la comunidad, y está relacionada con otras problemáticas (gripa, fiebre, infecciones en la piel, entre otras), ya que el niño desnutrido por tener "bajas las defensas del organismo" está propenso a adquirir cualquier tipo de enfermedad, hasta puede morir.

Además acarrea toda una serie de consecuencias

38 AMAR AMAR, Jose. El Desarrollo del Potencial Humano en Colombia: Alternativas para una psicología del niño colombiano. Barranquilla, 1990.

(mencionadas anteriormente) que afectan y afectarán toda la vida futura del menor.

Referidos a los problemas comportamentales del menor vemos que se destacan conductas agresivas (20.9%), aislamiento (8.1%), retraimiento (9.3%), vocabulario soez en forma indiscriminada (19.7%), problemas de asimilación (16.2%) y problemas del lenguaje (17.4%).

Hay que destacar que en el momento de sacar éstos resultados los menores ya estaban recibiendo un proceso de socialización (dos años en los Hogares de Bienestar Infantil) y habían superado muchas problemáticas que traían de sus hogares, es por eso que los porcentajes sean relativamente bajos.

Pero esto no quiere decir, que las causas iniciales, es decir, las que estan produciendo las problemáticas descritas anteriormente hayan desaparecido.

Nosotros ubicamos estas causas principalmente en las relaciones:

- Familia - Menor.
- Comunidad - Menor.

Con respecto a las familias, vemos que se caracterizan por estar en permanente crisis desde todo punto de vista. Desde la económica, donde no le pueden brindar las necesidades mínimas que el menor requiere, hasta los problemas de la pareja, donde se destaca: Infidelidad, alcoholismo, drogadicción, agresión física y verbal, en donde el menor no recibe en lo más mínimo cariño, afecto, comprensión, ya que los padres sino falta alguno de ellos, están dedicados a otras actividades.

En el momento de la investigación se observa que el 91.25% de los menores pasan la mayor parte del tiempo con las madres comunitarias (Hogares del Bienestar Infantil), es así, que éstos se han convertido en los órganos socializadores de los menores; en donde los padres o familiares de los niños los llevan desde las 7:30 u 8:00 de la mañana, y los van a buscar a las 4:00 p.m., existiendo casos en donde los recogen hasta las 7:00 u 8:00 p.m.

Muchas veces las madres o familiares que los tienen a su cargo dan como motivos de su tardanza que no se pueden "aguantar" a los menores en las casas, no respetan a nadie, y en cambio en los Hogares de Bienestar se distraen y respetan a la madre comunitaria.

111

En este aspecto hay que decir que los niños reciben " una doble socialización", que también repercute en el proceso patológico que se está analizando, la que reciben en sus casas, y la de los hogares de bienestar, puesto que éstos últimos les ofrecen una serie de pautas o enseñanzas, referidas a normas alimentarias, de buen comportamiento, los estimulan a través de cantos, juegos, etc.

En sus casas "raras veces" reciben este tipo de aprendizaje y estímulos.

Vemos como los padres o las personas encargadas de los menores incumplen y evaden las responsabilidades que le son propias, constituyéndose los menores en una "carga" para ellos.

En la investigación cuando se les preguntaba cuales eran sus obligaciones se destacaba principalmente para el padre la alimentación. Hay que decir que el 33.7% de los padres no están cumpliendo con ningún tipo de responsabilidad.

En las madres sobre sale la alimentación, la atención y el vestido.

Lo anterior nos está demostrando la carencia de otros

deberes que son de gran importancia para el desarrollo integral del menor, tal es el caso de la afectividad, y la estimulación. En esta parte nos parece importante resaltar el comentario de J.M. VALVERDE (1986), en donde expresa que el "proceso de deterioro de la afectividad comienza en el marco familiar y su base está en la ambigüedad y contradicción socializadora de los modelos paternos que impide al niño atenerse a un entorno afectivo estable y coherente". (39)

En nuestro caso cuando se le preguntaban en que situación le demostraban afecto al niño sobresalen solamente: "Cuando llegan del trabajo" (25%) y "cuando tienen tiempo" (25%). Es interesante observar las respuestas que dieron las familias encuestadas (ver Tabla Nº 5).

En estas respuestas se observa poco la reafirmación de la autoestima del menor, y el cariño desinteresado que cualquier padre o madre de familia debe ofrecerle a su hijo. Igualmente llama la atención que un 8.75% de las personas encuestadas en ningún momento demuestran afecto a los menores.

Los estudios han demostrado que las carencias afectivas

39 Mencionado por CORTES, Juan E. Características Psicosociales del Menor en Situación Irregular. 1986.

influyen en el deterioro de todas las funciones del desarrollo humano. Esto es, en el desarrollo biológico, psicológico y social, pudiendo incluso llegar hasta la muerte cuando la carencia de estimulación afectiva es total.

TABLA Nº 5

SITUACION PARA DEMOSTRAR AFECTO

SITUACION PARA DEMOSTRAR AFECTO	Nº	%
CUANDO LLEGAN DEL TRABAJO	20	25
CUANDO EL NIÑO LLORA	1	1.25
CUANDO TIENEN TIEMPO	20	25
EN TODO MOMENTO	8	10
CUANDO ESTA DESOCUPADA	5	6.25
CUANDO EL NIÑO LLEGA DEL HOGAR DE B.	5	6.25
CUANDO ESTAN EN LA CASA	6	7.5
CUANDO EL NIÑO ESTA ENFERMO	6	2.5
CUANDO EL NIÑO HACE ALGO BUENO	2	2.5
EN NINGUNA SITUACION	7	8.75
T O T A L	80	100

FUENTE: Datos obtenidos por encuestas aplicadas a familias (80) de niños que asisten a los Hogares de Bienestar. 1989.

Con respecto al lenguaje, diversos estudios han demostrado que niños de sectores marginales, manejan un lenguaje adecuado a sus necesidades básicas, pero éste es insuficiente para transmitir información y servir como mediador del razonamiento verbal. También se plantea que éstos niños carecen de las formas elementales del diálogo constructivo y, por lo tanto, están incapacitados para participar en actividades académicas. Esto sería así por que no poseen el control del lenguaje interior con el cual es posible manipular los pasos secuenciales que llevan a la solución de situaciones problemáticas. (40)

Existen otros motivos que influyen que los niños presenten ciertas patologías, tal es el caso de la falta de recreación. Si miramos las siguientes tablas nos damos cuenta que es mínimo el porcentaje de niños que disfrutan de ella.

También se agrega que en la comunidad no existe ningún sitio de recreación, acrecentándose la falta de conocimiento que el menor tiene de su medio circundante, lo mismo que la socialización.

TABLA Nº 6

RECREACION DEL MENOR

SITIO DE RECREACION DONDE LLEVAN AL MENOR	Nº NINOS	%
PARQUE	4	4.65
PLAYA	12	13.95
CASA DE FAMILIARES	3	3.48
NINGUN SITIO	62	72
OTRO	5	5.81
T O T A L	86	100

TABLA Nº 7

TIEMPO QUE DEDICA EL NIÑO A RECREARSE	Nº NINOS	%
UNA VEZ POR SEMANA	0	0
UNA VEZ POR MES	0	0
DOS VECES AL AÑO	0	0
CADA AÑO	0	0
CUANDO PUEDEN	27	31.3
NO LO SACAN	59	68.6
T O T A L	86	100

FUENTE: Datos obtenidos por encuestas realizadas a las familias (80) de los menores que se encuentran en los hogares del bienestar. 1989.

Con respecto a la relación niño - comunidad, ésta tampoco es la mejor, ya que no ofrece condiciones satisfactorias que contribuyan al desarrollo del menor, principalmente lo relacionado con el aspecto socio-físico, es así, que ella no proporciona ninguna de las condiciones necesarias para el desarrollo intelectual del niño, especialmente en los tres primeros años de vida, considerados a este respecto como críticos. Estudios comparados con respecto a los niños que viven en condiciones socio-económicas más ventajosas, las experiencias han mostrado que los niños marginados tiene un retardo relativo en su funcionamiento intelectual, un menor desarrollo de las funciones cognitivas y un menor rendimiento escolar.

Los niños de ambientes marginados no escuchan términos abstractos, tiene un vocabulario limitado, hablan menos palabras por unidad de tiempo y elaboran un lenguaje de subcultura que tiene poca relación con el lenguaje que escucharon del maestro en los primeros años de escuela. Todo esto dificulta la integración a grupos diferentes, alienta a la deserción escolar, disminuye aún más el potencial del desarrollo intelectual y refuerza las posibilidades de perpetuación de las condiciones de pobreza. (41)

41 Ver al respecto CELADE. Situación de la Infancia en América Latina y el Caribe. 1988.

3. PARTICIPACION: RECURSOS Y REHABILITACION DEL PROBLEMA

3.1 ELEMENTOS CLAVES DEL PROCESO PARTICIPATIVO

La comunicación, los valores, los recursos y el contexto son los elementos considerados claves, porque a través de ellos nos acercamos al logro de los propósitos de cada uno de los componentes del proceso y de los objetivos operacionalizándolos, concretizándolos y materializándolos; se reubica y prioriza el foco del trabajo, centrándose en los sujetos, en el respeto y desarrollo de su capacidad de ser, así como en el mejoramiento y transformación de las condiciones de vida que limitan su plenitud humana; y finalmente se facilita, nutre y conduce el proceso.

3.1.1 La Comunicación.

Es el vehículo fundamental para el encuentro y la relación con el otro, la solidaridad, la

complementariedad, la justicia y demás valores sociales. Se realiza principalmente a través de "diálogo" consigo mismo, con los otros, con los recursos, con la naturaleza.

En el trabajo participativo es necesario tener siempre presente una perspectiva comunicativa; sin ésta, estimamos es imposible su realización. Por ello, tomamos como marco teórico de referencia que lo guía la perspectiva comunicativa del Dr. GUILLERMO HOYOS, quien privilegia en el análisis de los problemas sociales "la acción comunicativa", planteando que el problema que se propone es el de "cómo comprender y resolver los conflictos".

Para él, el conflicto "es algo que perturba las relaciones sociales que obstaculiza el entendimiento entre las personas, algo que está allí en medio y que es percibido por los participantes en la acción social desde la perspectiva de cada quien, y únicamente desde esta perspectiva de suerte que no hay posibilidades de entendimiento entre los agentes sociales.

¿Por qué se hace la situación conflictiva?. Porque cada quien o cada grupo social se afirma dogmáticamente a sus intereses, a sus perspectivas, a sus puntos de vista, las

obstaculiza y niega las otras perspectivas.

El resultado es la intolerancia, la incomprensión, la lucha, la violencia, la guerra.

La propuesta general para la comprensión y el manejo de "el conflicto" es que es posible comprender lo conflictivo, si se abre y se relativiza la perspectiva de cada quien, de suerte que se tenga acceso a las otras perspectivas de lo mismo. Esta apertura y esta relativación se obtiene fundamentalmente al abrirse a la comunicación y al diálogo con los demás.

Los conflictos se van aclarando cuanto más se pueden poner de presentes y explicitarlos con "razones" y "motivos", lo sensato, lo cuerdo, lo viable.

De allí que sea necesario trascender el ámbito de la razón monológica, protagónica, subjetiva, individual, exclusiva, absoluta, dogmática, a la razón comunicativa, intersubjetiva, dialogal". (42)

La acción comunicativa, no es sólo para el análisis, sino para la acción social y tiene sus límites y necesita de

42 HOYOS GUILLERMO. Herramientas Filosóficas de conocimiento para la comprensión y el manejo del conflicto. Documento, Universidad Nacional de Colombia, Pág. 1-3.

tolerancia y reconocimiento del otro, del derecho a diferir, de la racionalidad, de una racionalidad como dijera ETANISLAO ZULETA retomando a KANT que permita:

"Pensar por sí mismo".

"Pensar en el lugar del otro".

"Ser consecuente".

Pensar por sí mismo, no quiere decir, originalidad en el pensamiento, sino capacidad de argumentar lo que se dice y posibilidad de demostrarlo.

Pensar en el lugar del otro es ponerse en su lugar.

Ser consecuente es la capacidad de abrirse, de reconocer y dejar de lado un pensamiento porque es lo cuerdo, lo sensato, lo viable.

Esta racionalidad se fundamenta en una ética horizontal, es decir, entre iguales en cuanto al "ser personas", dotadas de las mismas capacidades y potencialidades y deben tener por tanto las mismas posibilidades y oportunidades, sin dejar de reconocer y manejar a su vez las diferencias existentes, porque éstas son únicas e irrepetibles. Igualmente se fundamenta en los grandes

valores sociales. (43)

Para un desarrollo integral del menor de 7 años de la comunidad de Fredonia, como los de otros grupos de edades del país y el mundo, la comunicación y relación de su entorno familiar y social ha de caracterizarse por una capacidad de sustituir la intolerancia, la incomprensión, la lucha, la violencia y agresión, por la apertura y la relativación de las perspectivas de cada quien, de el diálogo, la tolerancia, reconocimiento del otro, del derecho a diferir, la racionalidad, consistente en pensar por sí mismo, pensar en el lugar del otro, ser consecuente.

Hoy en día en las familias y la sociedad, se carece de este tipo de comunicación tan necesaria, para el encuentro y la relación consigo mismo, la solidaridad y la complementariedad como ya se expresara, que dan vida y posibilita un auténtico y armónico desarrollo integral de la persona humana desde los primeros años, por el enriquecimiento que se produce en su proceso de individualización y socialización a que hiciéramos referencia anteriormente, formándose por tanto al niño

43 ZULETA ETANISLAC. La participación democrática en Colombia. Pág. 6 - 7.

para su enriquecimiento interior, la convivencia y el servicio antes citado, viéndose en esta forma cómo estos elementos se concretizan en los procesos de desarrollo del menor.

3.1.2 Los Valores.

Se conciben en la forma clásica de considerarlos desde ARISTOTELES, "como virtudes", es decir, uniendo lo ético y lo político.

Son tan antiguos como la misma humanidad, han existido siempre porque hacen parte de la naturaleza humana, están intrínsecos en su "ser", son elementos constitutivos de "su esencia vital" y diferencian sus relaciones de las de los demás reinos de la naturaleza.

Igualmente, han estado siempre presentes en la sociedad, en los diferentes contextos sociales, espacios interaccionales en que se ha desarrollado la historia de la humanidad, en su cotidianidad, manifestándose en ella, en donde se ha ido cambiando, transformando en contenido, ya que los seres humanos tienen la capacidad de crear hábitos y entre esos unos son virtuosos y otros viciosos, por tanto lo que sucede hoy es que prevalecen los

viciosos.

En ellos se fundamenta la vida en comunidad, la educación para formar a la persona humana, y el desarrollo integral del menor.

Nutren y enriquecen la vida personal y social y constituyen las raíces de la estrategia que nos hemos propuesto construir.

Se enfocan hacia tres tipos: Individuales, sociales y espirituales.

Los valores individuales hacen referencia a las capacidades y potencialidades de la "persona" al reconocimiento de lo que ella es, vale y posee como tal; al desarrollo, crecimiento y liberación de las mismas, a la confianza en sí, en Dios, en los otros hombres, a la autoestima y autovaloración.

Los valores sociales se orientan a la convivencia y relaciones humanas considerando, como lo hace el Dr. CAYETANO BETANCOUR, en su obra "Las Virtudes Sociales" que sin ellos, no sería posible ni la paz interior personal, ni una armónica convivencia eficaz y

verdadera. (44)

Estos valores son:

- a. **El Amor.** Consiste en dar a los demás de lo nuestro, entendiendo por nuestro más que las cosas materiales nuestra "capacidad de ser" o sea, nosotros mismos, nuestras capacidades al servicio de los demás; esa capacidad de escuchar al otro, de aceptarlo, de no juzgarlo, de entenderlo, de guardar silencio y en silencio saber vibrar con él, de dejarlo en libertad para que crezca, de dedicarle tiempo. Todo ello sin esperar nada en cambio.

CAYETANO BETANCOURT, en la obra que venimos utilizando nos plantea, que todas las demás virtudes sociales se harían inútiles si en los hombres palpitara un verdadero amor al prójimo. Así mismo, que lo que nos separa y aleja del amor es: El egoísmo, el orgullo, la indiferencia.

- b. **La Justicia.** Es dar al otro lo que es suyo; mientras que por el amor, damos al otro de lo que es nuestro, por la justicia vamos a reconocer lo que es

del otro, lo que al otro le pertenece. La justicia tiene por función mantener la paz social y la armonía entre los ciudadanos.

- c. **La Solidaridad.** Es sentirse corresponsable con nuestros semejantes, compartir con ellos, su éxitos, ayudándolo a mantener lo que consiguió, interesarse por los demás, ayudarlos, cooperar.

- d. **La Amistad.** Es simpatía mutua, interés por la persona del otro y su mejora, estima de sus dones, atributos y cualidades, ajena siempre a todo provecho o cálculo.

- e. **La Fidelidad.** Es mantener el mismo sentimiento y relación aun cuando no con la misma intensidad, a pesar de las situaciones y circunstancias vividas.

- f. **Perseverancia.** Es llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar lo decidido, aunque surjan dificultades internas o externas, o pese a que disminuyen las motivaciones personales a través del

tiempo transcurrido.

- g. La Veracidad. Es decir, lo que pensamos, lo que las cosas son y como son. Se ha hecho para que entre los hombres su voluntad de amor y justicia.

/ Los valores espirituales tienen que ver con el reconocimiento y liberación de esa fuente de energía positiva que se encuentra dentro y fuera de cada ser humano llamado Dios. La confianza y fe en Dios y la vida. En la oración como fuente de energía limpiadora y de fortaleza. ✓

La humildad como reconocimiento de las propias insuficiencias cualidades y capacidades, aprovechadas para obrar el bien, sin llamar la atención, ni requerir el aplauso ajeno, como lo expresa DAVID ISAAC en su obra "La educación de las virtudes humanas". (45)

La paciencia, es soportar y superar las dificultades y/o demoras que se presentan en el camino, de manera serena para la consecución de lo deseado.

45 ISAAC, David. La Educación de las Virtudes Humanas.

Prudencia es actuar cautelosamente, sabiendo discernir, antes de decidir, y actuar.

Vigilancia, es autoevaluación, descubrir los errores, reconocerlos y superarlos, mantenerse en la oración y la prudencia.

✓ Para la recuperación de la salud familiar como instrumentalización del desarrollo integral del menor de 7 años de la comunidad de Fredonia es necesario la presencia de los mismos en la educación impartida tanto en su entorno familiar como social, es indispensable. Igualmente, en las "relaciones familiares", relaciones de pareja, padre e hijos, entre hermanos, así mismo en las relaciones con el entorno social. ✓

Igualmente en el mejoramiento y/o transformación de las condiciones de vida de la familia y comunidad ya que la conjunción de todos estos elementos en una unidad, son los que realmente posibilitan el desarrollo integral del menor; la atención de uno dejando de lado los otros, lo dificultan e imposibilitan.

Lo anterior constituye un proceso que es necesario aprender partiendo de desaprender lo que se había

aprendido para volver a aprender.

Ejemplifiquemos lo dicho:

La visión fragmentada de los fenómenos sociales nos ha llevado a tratar en la familia, sólo el aspecto de relaciones, sin tener en cuenta lo económico y su significado para ello, o sin considerar que son factores aunque de diferentes tipos, constitutivos de la crisis familiar.

Por otra parte, la familia se ha tratado aislada de su entorno social, sin conformar una unidad constituida por:
El entorno familiar y social.

La estrategia que se propone contempla una atención integral tanto de las relaciones y condiciones de vida del entorno familiar y social de los menores, para un eficaz desarrollo de los mismos.

Es ésta, otra forma de saneamiento del sistema familia, que requiere un aprendizaje por parte de todos los actores sociales que intervienen y en donde la presencia y necesidad de los valores es incuestionable, pues ello implica:

- El reconocimiento del saber de los otros.
- El respeto y manejo de las diferencias.
- La superación de lo tradicionalmente aprendido.
- El trabajo a igual nivel de relación.
- El arte de saber llegar a los otros, siendo la práctica de los valores la que los viabiliza.

3.1.3 El Contexto.

Lo entendemos como una red de relaciones que sirven de elemento rector al ámbito y nivel de actuación.

Permite hacer una lectura seria de los hechos; construir la realidad social con una visión micro y macro de la misma; desarrollar la capacidad relacional de los sujetos tanto en su manera de pensar como de actuar; ir de lo particular a lo general, para luego volver a lo particular y general, repitiendo el ciclo hasta conformar las unidades de análisis y metodológicas de intervención.

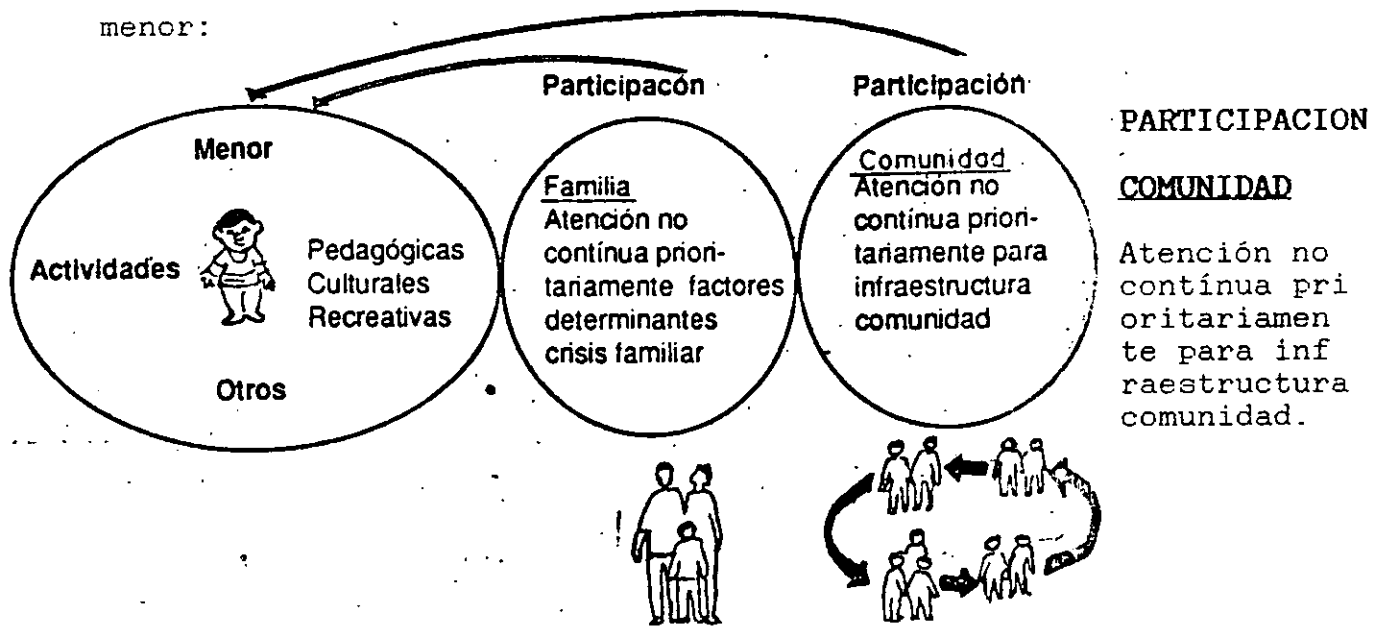
Se constituye en el espacio interaccional donde se construyen las unidades anteriormente citadas que facilitan pasar de lo micro a lo macro, tanto en el análisis, construcción e intervención de la realidad.

La intencionalidad del momento se limita sólo a presentar una visión contextualizada de atención integral del sistema familiar, en donde las tres unidades de trabajo: "Menor", "familia" y "comunidad" y las cinco áreas: ó formación y capacitación académica-intelectual estimulación de la convivencia y la socialidad, la inversión para el trabajo productivo la organización o promoción social constituyen una "unidad analítica y metodológica" en donde el "grupo", su conformación y/o fortalecimiento, los talleres comunitarios las interrelaciones permanentes entre los tres niveles y áreas, su dinámica interna como externa, se consideren elementos fundamentales para el desarrollo de las diferentes actividades que se realizan y el desarrollo integral del menor.

Con intervenciones de esta naturaleza se pretende "construir", con el "menor", "la familia" y "la comunidad" un nuevo enfoque de atención integral del sistema familiar: El de la comunidad participante, cuyo carácter formativo y relacional permita el desarrollo de

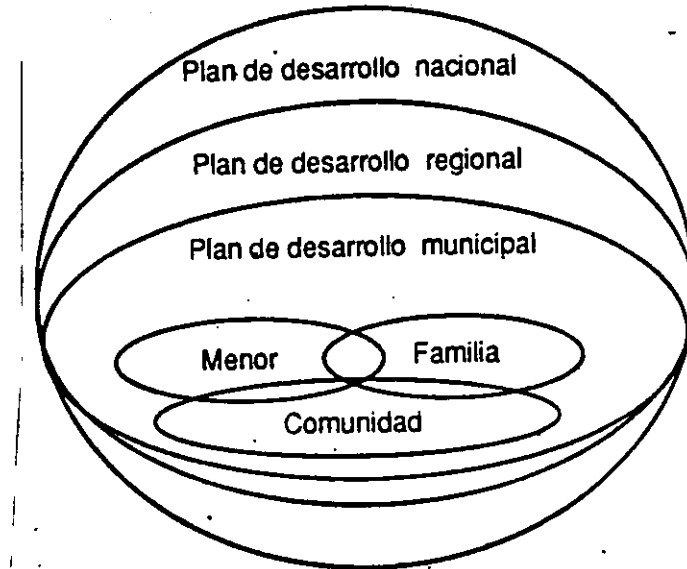
sus potencialidades, el sentido de la complementariedad y la solidaridad; se busca satisfacer las necesidades vitales del ser humano y trascender la concepción de desarrollo del menor centrada sólo en éste, sin tener en cuenta la necesidad de atención simultánea de las "personas" y "medios" en que interactúan "familia", "comunidad", lo mismo que de articular los niveles y áreas de atención con los planes de desarrollo municipal, regional y nacional, porque no es posible un desarrollo integral del menor en forma aislada de su entorno familiar y social y sin el saneamiento y desarrollo simultáneo de los mismos.

Grafiquemos lo que ha sido "el desarrollo integral del menor:



El desarrollo integral del menor, encontrado por el camino de "la comunidad participante", introduce entonces el espacio socio-político donde el sujeto recrea el

conjunto de sus relaciones, en los siguientes términos gráficos:



3.1.4 Los Recursos.

Los recursos pueden referirse a aquellos medios a través de los cuales la participación se realiza, siendo básicamente los humanos e institucionales quienes a la vez hacen uso de medio físico, materiales y financieros.

Sólo queremos hacer dos planteamientos con relación a ellos, referentes a los recursos humanos e institucionales.

3.1.4.1 Recurso Humano.

El recurso humano se considera entre todos los recursos como "prioritario", "básico" y "fundamental", por las potencialidades y capacidades que como tal posee; por tanto, es necesario dinamizarlo y potencializarlo.

3.1.4.2 Recurso Institucional.

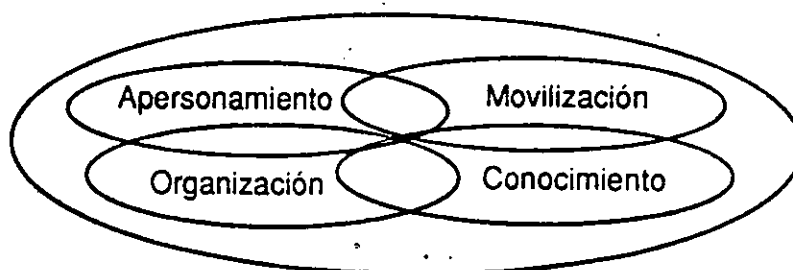
Las instituciones han de mirarse como un recurso utilizable y disponible para la elaboración de los proyectos de trabajo comunitario, de conformidad a la definición y planeación hecha de los recursos y su articulación con los planes de desarrollo municipal, regional y nacional, hacia los cuales todos han de converger.

De esta manera se reorienta la distribución que las instituciones han venido haciendo de sus recursos en forma aislada y sectorial, empleándolos en la implementación de programas preestablecidos por él, de ponerlos al servicio de la comunidad para la ejecución de los proyectos que como éstos han sido elaborado en conjunto, articulados a su vez, con los planes de desarrollo departamental, regional y nacional, resultando

como dijera la doctora ROSA INES OSPINA, una "coordinación interinstitucional e intersectorial, y de la construcción conjunta de una política de organización y participación ciudadana y de un plan de desarrollo que recoja la diversidad, la diferencia, la especificidad y las tensiones, a fin de que todos sus programas, proyectos y actividades se articulen a una misma política municipal y a un plan de desarrollo, enmarcado dentro del proceso de descentralización que el país está llevando a cabo". (46)

3.2 COMPONENTES BASICOS DE LA PARTICIPACION

Apersonamiento, organización, conocimiento y movilización constituyen procesos simultaneos a través de los cuales se logra obtener una atención participativa y contextualizada de la salud familiar como instrumentalización del desarrollo integral del menor.



46 OSPINA, ROSA INES. Consejería para el desarrollo social. Presidencia de la República. Informe taller sobre democracia, descentralización y participación comunitaria. Cartagena, 4 de Abril, 1.990.

Con estos procesos se adquiere en la participación de los sujetos mayor profundidad, fuerza y eficiencia en el trabajo que se realiza, desarrollando el sentido de colectividad, transformando las necesidades en bienestar sirviéndoles para mejorar y/o transformar sus condiciones de vida.

3.2.1 Apersonamiento.

Consiste en la identificación y toma de conciencia de ciertos roles y necesidades que definen la capacidad de movilidad de las personas para la construcción de sus proyectos de vida.

Es un hacer suyas las necesidades comunitarias, un tomar las riendas de las mismas, en busca de su solución.

3.2.2 Conocimiento. El Grupo Construyendo Conocimientos

El conocimiento constituye una segunda herramienta de base para motivar y operativizar la participación. Se conoce cuando se aprende a definir la causa que da origen a una problemática; cuando se aclaran los factores con

los que están relacionadas estas causas y se supone la dirección que puede tomar la problemática si no es corregida.

Existen en el grupo local experiencias acumuladas mediante las cuales se viene asumiendo la consecución de este proceso que es preciso que adquiera carácter de un acto consciente; se tiene en otros grupos de la comunidad u otras comunidades experiencias que necesitan ser retomadas en su totalidad; se goza del concurso de un agente institucional que posee algunas experiencias que merecen ser compartidas.

Todo conocimiento está sujeto a valores ético-morales, a sistemas socio-culturales y a procesos simbólicos que terminan definiendo criterios para su construcción. Sin la recurrencia estos factores, es imposible que el conocimiento funcione como instancia instrumental para la gestión y ejecución de cualquier acción comunitaria.

3.2.3 Organización.

La tercera herramienta de base que dinamiza la participación tiene que ver con la organización. Su parte jurídica tiene que ver con las características del

propio grupo, su cultura organizacional, las condiciones de su desarrollo, etc. Estos factores aunados a los objetivos que congregan al grupo, definen su naturaleza jurídica que es aquí el elemento variable del proceso. Lo que constituye una constante es el espíritu que cualifica la conformación grupal: Su esencia en términos de construcción de acciones solidarias. Sin este ingrediente el grupo está sujeto a la mayor precariedad.

Cada uno de estos componentes constituyen procesos que adquieren en la participación de los sujetos mayor profundidad, mayor fuerza, mejor eficacia que se manifiesta:

- En la instrumentalización y desarrollo del sentido de colectividad.

- En el encuentro de recursos materiales e inmateriales para su utilización y defensa.

- En la aprobación de experiencias, la transformación de la necesidad en bienestar y en la suma de aprendizajes que, sirven al grupo para mejorar sus

condiciones de vida.

Es necesario tener presente en el uso de esta herramienta el proceso de descentralización que se viene dando en el país así como las formas organizativas existentes, JAL, JAC, empresas comunitarias, cooperativas, a fin de enmarcar las acciones que se realicen dentro del mismo.

3.2.4 Movilización.

Constituye el proceso de desplazamiento por parte del grupo para instrumentalizar sus proyectos, para multiplicar sus esfuerzos del trabajo o para articularse con otros grupos de la comunidad.

Nada más lejano de la intención de esta propuesta que el considerar cada uno de estos procesos en términos lineales, a la espera que la consecución o la implementación del anterior implica seguir con el siguiente paso. La participación enfrenta al colectivo ante una diversidad de opciones que necesitan de su implementación en ese momento preciso; de allí que preferimos hablar de estrategia y no de modelo en el entendido que más que un procedimiento acabado, resulta ser puntos de partida que permitan motivar la creatividad

de cada uno de los miembros del grupo.

Por otra parte, mírese más como un sentimiento que como un proceso técnico. El desarrollo de los miembros de un grupo, cualquiera que este sea, cuando se convierte en objetivo de individuos particulares, se hace verdad cuando se procede de "adentro" de los sujetos hacia "afuera" (sentimiento) que cuando se funciona de "afuera" hacia "adentro" (técnica).

3.3 PROPOSITOS, NIVELES Y MOMENTOS DEL PROCESO PARTICIPATIVO

3.3.1 Propósitos y Niveles.

Hasta el momento hemos hablado de los elementos, los componentes, perfilando las dos grandes áreas de una matriz operacional que bien en estos momentos la podríamos graficar así:

	C O M P O N E N T E S			
E L E M E N T O S				

Si los componenetes están definidos como apersonamiento, conocimiento, organización, movilización, los elementos constituyen objetivos terminales que se van realizando y construyendo en el proceso participativo.

La consecución de estos objetivos, se operacionalizan a través de propósitos, niveles y momentos; de los dos primeros nos ocupamos en este apartado. Así las cosas el gráfico completo sería:

E L E M E N T O S	P R O P O S I T O S	N I V E L E S	C O M P O N E N T E S	A P E R S .	C O N O C .	O R G .	M O V .
			M O M E N T O S				

Por lo anterior se muestra perfectamente que los elementos y propósitos se operacionalizan a través de momentos con distintos niveles; es en la interacción entre momentos y componentes desde donde se van constituyendo los objetivos y propósitos que aparecen como INPUT y OUTPUT con la diferencia que mientras en una situación son solo objetivos potenciales, es voluntad, como OUTPUT aparecen como proyecto realizado y vivencia concreta.

Los propósitos del proceso son cuatro: **Reconocimiento Grupal, Proyectos, Implementación, Evaluación y Crecimiento.**

En específico o como integración de cada uno, como totalidad representan aspectos que son al mismo tiempo cantidad y cualidad, ejercicio teórico y ejercicio práctico. Solo de esta manera podremos caracterizar y hasta especificar lo que es específico de cada uno con respecto a otras realidades que igualmente son diagnósticas, etc.

Por otra parte las fronteras de cada uno de los propósitos no están fijas y definidas como hecho absoluto. Fíjese que el Reconocimiento Grupal, por ejemplo, no culmina cuando empiezan los proyectos; por el

contrario los proyectos integran este primer propósito como realidad más cualificada haciendo más complejo la segunda situación, sin perder de vista que cada parte comporta igualmente una especificidad que es lo suficientemente elástica para servir de cobertura de situaciones anteriores (es la referencia de los proyectos con relación al reconocimiento grupal) o de anticipo de futuras concreciones del proceso (es lo que ocurre con el taller comunitario con respecto al reconocimiento grupal, en donde este último también es anticipo de la actividad posterior del taller).

De allí que al hablar de reconocimiento grupal, proyectos, implementación, evaluación y crecimiento no nos refiramos a un hecho lineal, sino a un proceso cuya continuidad deriva de su enriquecimiento. Cada propósito alberga a los otros como cobertura o como anticipo y en cierta manera cada propósito configura a los otros aunque en cada situación se realizan como específico.

A través del Reconocimiento Grupal el propósito tiene más bien un carácter de inventario, en donde no solo se descubren cosas sino que el hombre, el sujeto comunitario se redescubre como voluntad, potencia, generadora de alternativas. De allí que a este aspecto le corresponden dos niveles así:

RECONOCIMIENTO	}	Adecuación del Ambiente y conformación del grupo piloto.
GRUPAL		Constitución de la vivencia grupal.

Como proyecto el propósito busca la planeación general y organización adecuada de los recursos que se movilizarán para el desarrollo de una determinada iniciativa. A este propósito le corresponde un nivel, de la siguiente manera:

PROYECTOS	}	El grupo definiendo estrategia.
-----------	---	---------------------------------

Lo importante es que en esta fase el conjunto se planifica como grupo, que lo es tanto que busca hacerse operativo mediante una labor debidamente concertada y planificada. Una vez que los proyectos son elaborados y los recursos conseguidos estamos en condición de iniciar la implementación, propósito referido a la ejecución del trabajo, pero en donde no solo se buscan construir o

44

definir objetos, sino redefinir al hombre como especie,
como convivencia, como solidaridad.

IMPLEMENTACION

} > El colectivo operacionalizando
sus recursos.

Finalmente, hablamos de la Evaluación y Crecimiento como
propósito. Para ello estamos significando situaciones
planificadas que tienen que ver con el crecimiento del
grupo en tanto que como propósito incluye un nivel el de
la Retroalimentación.

EVALUACION
Y
CRECIMIENTO

} > Retroalimentación

3.3.2 Momentos del Proceso.

3.3.2.1 El Contacto.

Es el aprendizaje del lenguaje de la comunidad. Curiosamente nos encontramos que este momento inicial del conocimiento y la organización es muy poco atendida institucionalmente. En su no consideración se esconde más bien una concepción que desgraciadamente se mantiene hasta hoy día que es la siguiente: La comunidad no tiene nada que enseñar al agente institucional; por lo tanto su encuentro inicial pierde todo sentido.

Casi siempre estamos marcados por una especie de etnocentrismo cargado de orgullo y dignidad en el que la racionalidad de otros grupos es fijada y calificada con base en la racionalidad que como instituciones y agentes institucionales tenemos. Aspectos como eficiencia, bienestar, etc., los codificamos como operativos siempre que se encuentren cercanos al modo de mirar y hacer nuestro, que además es siempre considerado el mejor ángulo de mirar las cosas.

Hablar del contacto significa la existencia de una necesidad específica: Aprender el lenguaje de la

comunidad, visto el lenguaje de manera amplia. Sólo en la medida que tenemos la posibilidad de internalizaremos en el mundo de la cotidianidad de la comunidad tendremos la posibilidad de conocer sus sentimientos, sus alegrías, sus temores, sus aspiraciones, sus afectos, sus proyectos, sus frustraciones, etc. Sólo así tendremos la posibilidad de conocer cómo se expresan cada uno de estos sentimientos, los tiempos para mostrarse, los espacios para manifestarse, los medios para dar a conocerse, etc.

El contacto hace que desde un primer momento el sujeto empiece a reconstruirse como vitalidad, como aporte, como historia. Constituye a nivel de la organización un punto de partida muy inicial, bastante informal pero vital para lograr el aglutamiento del grupo. El conocimiento como momento recíproco empieza a gestar voluntades, intereses, motivaciones, afinidades.

Este lenguaje comunitario desplegado a través del contacto implica:

- El conocimiento de las características de la comunidad, o de la población que se piensa asistir.

- Las formas de vida: En lo laboral, lo familiar, lo recreativo, etc.

- El tipo de conocimientos que el grupo posee en las actividades que desarrolla.

- Sus concepciones del mundo: Valores, sentimientos, acciones, etc.

- Las organizaciones que ha conformado: Su historia.

- Las jerarquías que mantiene.

- Los espacios de socialización: Trabajo, familia, recreación, etc.

- La forma de administración de su tiempo.

- Las experiencias de trabajo comunitario; sus logros

y limitaciones.

- Los conflictos del grupo y de la comunidad; las formas de resolverlos, los elementos que intervinieron, los resultados.

No se mire el contacto como desarrollado, a partir de las primeras visitas. El contacto constituye una acción permanente de conocimiento mutuo. A fin de cuentas el contacto se transforma progresivamente en un contexto del que es necesario ser parte.

3.3.2.2 La Conformación Grupal en la Construcción del Sentido de Colectividad.

Si el grupo como parte de la estrategia aparece en este lugar de prioridad, es solamente porque constituye una de las finalidades fundamentales del proceso. No se agota su conformación en este momento sino que cada parte del proceso hay que entenderlo como avances cualitativos que se van logrando. Así cuando la comunidad ha definido más adelante las necesidades que tiene, o establece causas, o genera soluciones, no son individuos los que están

funcionando sino que en cada uno de esos momentos el conocimiento o la organización han logrado mayores y mejores dispositivos para su consolidación grupal.

El grupo es instrumental en varias dimensiones: Como grupo formal y como grupo vivencial; resolviendo necesidades primarias o facilitando el incremento de la capacidad relacional de sus miembros; ejecutando acciones y proyectando sus recursos; consolidándose como grupo o apoyando a la formación o en la articulación con otros grupos de la comunidad; resolviendo sus necesidades o incorporando como suyas las necesidades de la colectividad a la que pertenece.

En ningún momento estas dimensiones pueden mirarse por separado; en la realidad los grupos más operativos son aquellos que tienen la posibilidad de involucrar varias dimensiones, estableciendo por parejas cada una de ellas.

Inicialmente el grupo constituye una intención, un propósito que debe permitir desarrollar acciones como las siguientes:

- Organización del grupo piloto, en el que es prioritario reconocer su naturaleza, sus

características socioculturales, sus expectativas, su homogeneidad y heterogeneidad.

- Conocer los recursos organizativos que se tienen, que permite acumular las experiencias obtenidas hasta ese momento, las finalidades de su constitución, sus logros, sus fracasos, sus jerarquías, la naturaleza formal e informal de su constitución, sus miembros, etc.

- Indagar sobre los programas comunitarios que se han desarrollado, a fin de revivir sus formas organizativas, su gestión, el lugar de donde partieron.

Hasta el momento el intercambio resulta para el grupo un mecanismo de hacer consciente su historia comunitaria, su sentido de pertenencia como especie. Este conocimiento debe derivar procesos de formación colectivo y horizontal, gestando condiciones que empiecen a perfilar los objetivos que van a definir la existencia del grupo como tal.

3.3.2.3 La Comunidad Definiendo Necesidades e Instrumentalizando Prioridades.

El privilegio anterior de la intensión grupal se torna en este momento privilegio del conocimiento. El primero aporta el sentido de colectividad, el segundo forma la condición para instrumentalizar las características del grupo.

Conocer de antemano la forma como el grupo llega a definir una necesidad, los componentes culturales que le asiste, los procesos racionales que utiliza y las comprobaciones empíricas que maneja es un ejercicio muy pertinente para entender el grupo y gestar condiciones para nuevos aprendizajes.

Casi siempre el agente institucional visualiza necesidades que el grupo no las describe como necesidades o por lo menos no las establece en el mismo orden de prioridad. Recuérdese que la necesidad además de ser un hecho objetivo responde a criterios sociales y culturales que terminan definiendo su naturaleza y jerarquía. Aunque parezca impropio es mucho más oportuno crear condiciones que conduzcan al grupo a detectar una necesidad no compartida cuando se tiene la posibilidad de instrumentalizar la prioridad que ha determinado, que

intentar convencer al grupo para que su acción se dirija hacia la prioridad que nosotros hemos definido. No se trata de callar frente al grupo nuestros puntos de vista; aunque se debe empezar a formar en sus componentes que cada idea, independiente de su proveniencia, es necesario discutirla sin que prive el criterio de dejarla pasar, de acatarla, si proviene del agente institucional.

El factor básico a detectar no está en la necesidad planteada, sino en la capacidad que ésta tiene en el grupo de articular otros procesos y desarrollar mejores condiciones de vida para el colectivo. Este lenguaje de la comunidad es importante aprenderlo para formarnos una idea más clara de su propuesta. Aquí el recurso de la cultura comunitaria es un instrumento muy esencial.

Sin embargo, a la descripción de una necesidad es importante señalar los criterios para priorizar una necesidad.

Nuevamente aquí se suceden patrones culturales que le están dando sentido a este hecho. Nosotros agregamos que en la definición de estos criterios, además de conformar mecanismos de producción de nuevos aprendizajes se gestan al mismo tiempo posibilidades para fortalecer el espíritu de colectividad. Aprender conjuntamente que es más

prioritaria una necesidad cuando el número de personas que afecta es mayor, no sólo puede servir para contravenir patrones culturales que alientan la individualidad sino que nos ayuda a profundizar y convertir en una práctica el espíritu de colectividad.

De lo anterior, la definición por parte de la comunidad de sus necesidades permite:

- Que el grupo sea consciente de los factores que utiliza para definir una necesidad.

- Identificar los criterios sociales y culturales que articulan en ese grupo la definición de una necesidad.

- Generar condiciones y ambientes de discusión horizontal.

- Determinar los procesos que articulan la necesidad planteada.

- Incrementar los mecanismos a través de los cuales la comunidad puede discutir sus pautas culturales y mejorarlas o profundizar el espíritu de grupalidad de sus miembros.

3.3.2.4 El Colectivo Establece las Causas.

Cuando el colectivo empieza a descubrir las causas, se acrecienta al mismo tiempo el sentido de apropiación de una necesidad y se incrementan los niveles de articulación de sus componentes.

Definir una o varias causas le permite a la comunidad avanzar en varios niveles:

- La definición de la causa empieza a comprometerlo subjetivamente en su solución.
- De sujeto pasivo ahora llega a mirarse como parte activa de la respuesta.
- Al encontrar varias causas, está implícitamente

construyendo las relaciones que explican dicha problemática.

- Al caracterizar las causas se hace partícipe de la solución desde un primer momento.

- El espíritu de colectividad que caracterizó el ejercicio permitió que cada miembro fuera aprendiendo algunos aspectos que aunque conocía no los relacionaba con la problemática.

- Al ir determinando el origen del problema empezó a instuir las consecuencias, con lo que el sentido de futuridad tuvo oportunidad de recrearse.

En suma, cuando el colectivo define causas se enfrenta a uno de los momentos más claves de potenciación de sus conocimientos y procesos organizativos, de su constitución como ente creador, se siente lleno de necesidades pero comienza a transformarse en voluntad alternativa.

Representa para el agente institucional un momento de suma importancia para definir la naturaleza del proceso; al fin de cuentas parece que definir causas es también recrear al colectivo en su fundamentación humana.

La práctica demuestra que en este momento, el agente institucional debe funcionar con la mayor lucidez posible, haciendo preguntas, presentando inquietudes, mostrando vacíos, creando condiciones, expresando las contradicciones que observa, señalando los faltantes en donde no hay respuesta, etc.

Las causas, como las necesidades están sujetas a asociaciones de carácter social y cultural que no son siempre fáciles de variar su sentido en una comunidad determinada.

Los faltantes, en términos de vacíos en los que no existe ninguna respuesta, pueden ayudar en lo futuro a provocar acciones de capacitación que permitan el crecimiento del grupo.

3.3.2.4.1 Aprendiendo de Otras Experiencias.

No siempre el colectivo es la única fuente para determinar las causas de un problema. Utilizar las experiencias de otros grupos nos permite apropiarnos de un conocimiento de manera más rápida y además nos sirve para dar inicio a un clima objetivo de interacción con otras entidades que trabajan la misma problemática que nos ocupa.

3.3.2.5 La Comunidad Establece los Mecanismos de Solución.

Cuando las causas de una problemática han sido identificadas con bastante exactitud se puede lograr un manejo más adecuado de sus soluciones toda vez que éstas apuntan en la dirección de eliminar los factores que dan origen a la permanencia del problema.

La intervención de factores culturales será una constante a tener en cuenta en todo el proceso; aquí se repite para darle a las soluciones su especificidad.

La experiencia anterior hizo posible hacer intervenir varios agentes que aquí nuevamente pueden replicarse: La

comunidad, el agente institucional (que para este momento debe ser una persona afín a la problemática que se está planteando) y la experiencia de otros grupos y comunidades en situaciones que pueden ser más o menos semejantes. De ese manera el colectivo está en capacidad de mostrarse como grupo operativo que sabe incluir en sus perspectivas las vivencias de personas que no son distintas a su propio grupo.

Sin lugar a dudas establecer mecanismos de solución implica para el colectivo iniciar el proceso. No parece muy procedente recurrir de manera inmediata a los otros agentes; para que ello se suceda, es necesario que el grupo descubra los faltantes que no posee y comience a proveer los lugares y los sujetos que le deben servir de apoyo. En un primer momento es factible que éstos sean pocos, pero a medida que amplía su visión de grupo, va descubriendo estas fuentes de aprovisionamiento, ampliando sus fronteras, aprendiendo a lograr su localización. La finalidad de este momento consiste en que la solución sea construida en su totalidad la visión parcial de la problemática dificulta la aprehensión de la solución como un conjunto e impide que el colectivo administre y gestione cada uno de esos momentos. Así como se dijo anteriormente, que cuando el grupo define causas establece condiciones vitales de su desarrollo

como persona, es necesario tener en cuenta que cuando maneja las soluciones en un marco de totalidad se ajustan antecedentes primarios de suma importancia que van a definir la posibilidad de una adecuada administración y evaluación de la problemática por parte del grupo. El conocimiento es aquí capacidad de gestión.

3.3.2.6 Definiendo los Recursos Existentes y Planteando los Faltantes.

Cuando la estrategia que se usa logra recrear la autoestima del sujeto comunitario, lo normal es que al definir los recursos, el grupo vea en ellos mismos el principal recurso con el que se cuenta.

Si en las soluciones que se dieron se discriminaron puntualmente cada una de las partes de este hecho, será mucho más fácil determinar para cada momento los recursos que se requieren, la especificidad de cada uno, las cantidades, las proporciones, etc.

Antes que el colectivo defina los recursos que posee y los faltantes a adquirir, es imprescindible que se tenga un inventario total de los recursos a utilizar discriminados en términos de recursos humanos, recursos

materiales y recursos financieros.

Para los recursos faltantes es necesario conocer las fuentes posibles de aprovisionamiento; en algunos casos es la misma comunidad la encargada de desarrollar actividades para la consecución de sus faltantes. El apoyo que puede prestar el agente institucional consiste en sugerir recursos más adecuados, de mayor eficiencia, etc., siempre y cuando el grupo o conozca su utilización o sea consciente de sus bondades; en otro sentido el agente institucional puede estar en capacidad de indicar algunas fuentes a recurrir. El encontrar en tiempos más cortos, alguna solución evita el cansancio y la dispersión del grupo, dispersión que en algunos casos termina siendo significativa para conseguir su fortalecimiento.

La organización legal del colectivo:

Por las características propias de nuestro entorno, el grupo necesita contar con una vida legal, que le permita tener acceso a un mayor número de recursos.

Para este caso es importante conocer:

- La naturaleza del grupo.

- El tipo de necesidad que va a ser atendida. Para este momento, estas cuestiones están bastante definidas. La constitución legal del colectivo implica algunos pasos que procuran básicamente que la naturaleza del grupo sea definida como un acto consciente y en un marco de varias posibilidades. Antes de proceder a la redacción de los estatutos y la consecución de una personería jurídica se debe capacitar a los miembros del grupo en cuanto a las distintas opciones de organización, los objetivos de cada una, la composición de su administración, las funciones de sus miembros, etc.

3.3.2.7 Elaborando el Colectivo el Proyecto de Trabajo.

En la realidad, cada uno de los momentos que se ha estado desarrollando, apuntan al establecimiento de una situación diagnóstica de una problemática previamente definida por la comunidad, de la que además se han establecido aspectos puntuales que servirán para la elaboración de un proyecto de trabajo. Conocimiento y organización adquieren en este hecho una función instrumentalizadora. Habiéndose constituido como

herramientas de base, empezarán a adquirir su desarrollo no en su conformación particular sino en su capacidad instrumentalizadora. Reciben, aunque ahora a condición de estar aportando.

El ejercicio comunitario que se ha desarrollado hasta el momento permite que el proyecto de trabajo pueda ser implementado por la comunidad, toda vez que entre el ejercicio y el proyecto se suceden las siguientes interacciones:

EJERCICIO COMUNITARIOS

PROYECTO DE TRABAJO

Necesidades

El problema a atender

Criterio que definió la prioridad.

Justificación

Causas

Objetivos

Formas de solución

Actividades

Recursos existentes faltantes.

. Organización del trabajo.

Recursos solicitados

3.3.2.8 El Taller Comunitario: Un proceso de desarrollo colectivo.

El taller comunitario alude a la ejecución del proyecto en que se busca que las actividades desarrolladas por la comunidad sean fuente de aprovisionamiento del desarrollo para el propio grupo.

La idea general del taller comunitario consiste en que cada día que se utiliza en la ejecución del proyecto pueda ser dividido alrededor de tres actividades:

- Un tiempo para la capacitación organizacional (que se refiere básicamente a impulsar su sentido de grupo), técnica y empresarial.

- Un tiempo para la ejecución de las tareas.

- Un tiempo final para la evaluación de la jornada.

3.3.2.9 La Multiplicación, la Articulación y el Grupo como Asamblea.

La multiplicación y el desarrollo del grupo deben verse en dos planos que deben ser muy convergentes: Como resultado natural de su crecimiento y como condición para su sobrevivencia.

Que el grupo se consolide en su interior en un primer momento resulta procedente pero no puede mantenerse en esta sola dirección sin que resulte nocivo para su sobrevivencia. La experiencia nos ha mostrado que cuando se crece en un solo sentido, la comunidad se convierte en la principal interferencia, toda vez que ésta siente que los recursos que obtiene son monopolizados por un sector que les impide tener acceso a ellos.

El colectivo puede crecer de dos maneras:

- Constituyendo grupos semejantes, primero en su comunidad de origen y luego en otras comunidades.

- Estableciendo niveles específicos de articulación con otros grupos de la comunidad.

Cualquier forma que adopte la extensión del grupo por un proceso interno o por las dificultades que le presentará su entorno se verá sometido a la necesidad de proyectarse con una dimensión macrosocial. Las posibilidades pueden ser múltiples:

- Que desde su origen el grupo se gestione constituyéndose en una unidad que conjuga a todas las organizaciones de la comunidad, conformando un gran consejo organizacional en la que con un proyecto la comunidad se sienta representada en su totalidad.

- Que en un momento del desarrollo del grupo las necesidades de la comunidad en general se conviertan en preocupación de sus miembros, apareciendo el grupo como principal animador del proceso.

- Que entre varios grupos comunitarios se atienda una necesidad cuya generalidad puede darse en ser afín a las gran mayoría de los miembros, pudiendo no ser una problemática de la comunidad en general.

El colectivo como asamblea está significando momentos permanentes y debidamente planeados de la vida natural de un grupo. Se refiere básicamente a la existencia del grupo como conjunto que realiza:

- Una evaluación del trabajo general, con el propósito de mantener los aspectos positivos que se han logrado y corregir los errores que se han cometido.

- Una proyección en cuanto a los alcances en el corto, mediano y largo plazo de las actividades que el grupo lleva a cabo.

- Una información pormenorizada del grupo a fin de socializar sus movimientos administrativos, ejecutivos y financieros.

- Un análisis de las interferencias que no dejan al grupo mantener su crecimiento.

3.4 MATRIZ OPERACIONAL

Como síntesis de lo anteriormente expuesto en este Capítulo podríamos conformar una matriz operacional o en su efecto una estrategia general de procedimiento que se podría fracticar de siguiente manera:

PROPOSITOS	NIVELES	MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	MOVILIZACION
		CONTACTO				
		GRUPO PILOTO				
		NECESIDADES				
		CAUSAS				
		SOLUCIONES				
		RECURSOS				
		PROYECTOS				
		TALLER COMUNI.				
		MULTIPLICACION ARTICULACION Y EL COLECTIVO COMO ASAMBLEA				

A cada uno de estos cuatro propósitos ya descritos anteriormente le corresponden niveles y momentos específicos de la siguiente manera:

PROPOSITOS	NIVELES	MOMENTOS
a. Reconocimiento Grupal.	Adecuación del ambiente y conformación del grupo piloto.	Contacto
	Constitución de la vivencia grupal.	Conformación grupal.
b. Proyecto	El gr. definiendo estrategia.	La comunidad definiendo necesidades e instrumentalizando prioridades.
		El colectivo establece las causas.
		Aprendiendo de otras experiencias

PROPOSITOS

NIVELES

MOMENTOS

La comunidad establece los mecanismos de solución.

Definiendo los recursos existentes y planteando los faltantes.

Proyecto de trabajo.

c. Implementación	El colectivo operacionalizando sus recursos.	Taller comunitario.
-------------------	--	---------------------

d. Evaluación y Crecimiento.	Retroalimentación	Multiplicación articulación y el colectivo como asamblea.
------------------------------	-------------------	---

La operacionalización de la estrategia de procedimiento constituye el conjunto de experiencia acumulada a través de espacios y problemáticas particulares; por tanto

pueden varias de acuerdo a la realidad encontrando en los diferentes contextos.

3.4.1 Reconocimiento Grupal: Actividades y Procedimientos.

Este propósito apunta a dos ideas básicas: El conocimiento de las características socio-culturales del grupo y la conformación de éste como unidad de trabajo. En algunas ocasiones el grupo puede estar definido de antemano; esto sucede cuando las instituciones desarrollan proyectos para sectores específicos que pueden ser amas de casa, padres de familia, agricultores, pescadores, grupos juveniles etc.

En otras ocasiones la implementación de un proyecto se dá cuando las instituciones tienen definidos beneficios particulares a áreas geográficas determinadas; en este caso resulta pertinente con el grupo definir su composición social a fin de que ello nos oriente a ir visualizando la problemática para ser atendida.

En términos generales el ⁴⁹ proceso incluye actividades que permitan el desarrollo de los distintos componentes, cuyas especificidades se contemplan en el siguiente

cuadro:

PROPOSITO: RECONOCIMIENTO GRUPAL

MOENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
Contactos	-Reconocimiento de la comunidad.	Visitas al medio familiar.	Probleodticas vitales para la conformación del grupo.	Reconocimiento de las instituciones y organización que se encuentran trabando en la comunidad.
	-Espacio fisico	Identificación de los proyectos realizados en la ciudad.	Mecanismos que sirven para congregar al grupo.	
	-Espacio social	Resultados de los proyectos efectuados.	Formas de apropiación y circulación del conocimiento.	
	-Espacio cultural.	Forma de ejecución. Tiempos - horarios y lugares de reunión.		
Conformación Grupal.	-Identificación del lugar de trabajo.	Conformación grupo de trabajo.	Presentación del agente institucional.	Reconocimiento de la importancia del trabajo grupal.
	-Citación a las primeras reuniones.	Intercambio de experiencias grupales.	Propósitos generales del trabajo.	Vinculación de nuevos miembros
	-Identificación de líderes comunitarios.	Mecánica de trabajo utilizada. Establecimiento de mecanismos generales de trabajo.	Reconocimiento de particularidades del grupo.	Implementación de elementos de autoestima y autovaloración.

Las técnicas para la realización de las actividades descritas con anterioridad deben ser sumamente dinámicas y en la medida de lo posible que se caractericen por su diversidad; en este primer momento es bien importante hacer uso de videos, sonovisos, carteleras, dinámicas grupales, simulaciones entre otros, y cuando se tiene acceso a ello se debe usar el patrimonio cultural de la misma comunidad, permitiendo que este ejercicio también le sirva al grupo para identificar, recopilar y hacer uso de su patrimonio etnográfico.

PROPOSITO: PROYECTO

MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
La comunidad definiendo necesidades e instrumentalizando prioridades.	Identificación de necesidades. Identificación de fuentes de acopio. Ordenamiento de las necesidades para organizar su atención.	Trabajo en pequeños grupos por necesidades específicas.	Mecanismos para establecer una necesidad. Priorización de necesidades. Discusión del impacto que tienen las necesidades en la comunidad.	Conocimiento de otras experiencias de trabajo con problemáticas semejantes. Incapacitación del impacto de las necesidades en la comunidad. Visitas de los miembros del grupo a los sitios donde se expresan las necesidades.

PROPOSITO: PROYECTO

MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
El colectivo establece las causas.	Identificación de individuo ó grupos que pueden brindar colaboración.	Exposición de posibles causas del problema.	Establecimiento de mecanismos para identificar las causas. Selección de las principales causas.	Conocimiento de otras experiencias de trabajo con problemáticas semejantes. Indagación del impacto de las necesidades en la comunidad. Visitas de los miembros del grupo a los sitios donde se expresan las necesidades.
El colectivo establece las causas.	Identificación individuos ó grupos que pueden brindar colaboración.	Exposición de posibles causas del problema.	Establecimiento de mecanismos para identificar las causas. Selección de las principales causas.	Vincular a otros profesionales que tengan que ver con la problemática a tratar. Establecer contacto con comunidades que presenten experiencias semejantes.

PROPOSITO: PROYECTO

MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
La comunidad establece los mecanismos de solución.	Establecer comisiones de trabajo para buscar formas de ayuda.	Definición de medidas aplicables al contexto del grupo. Ordenamiento de las soluciones.	Identificación de la problemática en su totalidad. Identificación otras experiencias grupales en el establecimiento de sus soluciones.	Buscar otras experiencias profesionales y comunitarios.
Definiendo los recursos existentes y planeando los faltantes.	Exposición de las habilidades del grupo. Aporte de recursos varios del grupo.	Determinar las funciones que se requieren. Establecer los diferentes grupos operativos. (organigrama de trabajo). Actividades complementarias para el acopio del grupo.	Determinar recursos físicos, materiales y humanos en cada una de las fases. Recursos de las instituciones y de la comunidad Contribución de personas e instituciones externas al grupo	Instituciones que pueden ofrecer apoyo. Visitas a instituciones. Aporte de grupos semejantes.

PROPOSITO: PROYECTO

MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
Elaboración de los estatutos.	Niveles de participación de familiares cercanos. Identificación de individuos e instituciones de apoyo para la constitución jurídica del grupo.	Localización y ubicación de los recursos. Determinar las características jurídicas del grupo. Capacitación para el manejo del grupo.	Identificación de la infraestructura necesaria.	Presentación a posibles entidades financieras del proyecto.
Proyecto de trabajo.	Elaboración por parte del colectivo del proyecto de trabajo.	Consulta a expertos y a grupos sobre proyectos realizados en otras ocasiones		

A diferencia de las técnicas de motivación que caracterizan el primer propósito aquí este conjunto de recursos debe comprender la dinamización del proceso grupal acrecentando el trabajo solidario, reforzando el sentido de complementariedad y demostrando los resultados que se pueden obtener cuando el esfuerzo que se realice tiene carácter colectivo.

3.4.3 Implementación: Actividades y Procedimiento.

La implementación del proyecto como propósito alude a acciones diversas que tienen como finalidad la ejecución del proyecto, cuya operacionalización descansa en el mecanismo del taller comunitario, momento en el cual el grupo alcanza sus mayores niveles de desarrollo y en donde el colectivo funciona como instrumento de solución de sus necesidades.

El taller implica un aprendizaje permanente, procesos de socialización continuos y desarrollo de los aspectos cualitativos del grupo. Como actividad en la que circulan conocimientos específicos, el aprendizaje de algunas habilidades o destrezas le permite a sujetos particulares obtener nuevos medios de subsistencia.

La distribución de las actividades las contemplamos en el siguiente cuadro:

PROPOSITO: IMPLEMENTACION

MOMENTOS	PERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
Taller comunitario.	Socialización de conocimientos técnicos del Gr. localización de agentes externos de apoyo. Evaluación del proceso grupal.	Capacitación organizacional. Organización de grupos de trabajo. Organización de los tiempos de cada miembro. Tareas en el corto y en el largo plazo.	Capacitación técnica, administrativa. Discusión sobre el mejor aprovechamiento de los recursos.	Acopio de los recursos. Desplazamiento de los recursos al lugar de trabajo. Atención y aprovechamiento del recurso externo Intercambio de experiencias con otras comunidades participación en eventos macro-regionales. Implementación de las diversas tareas del proyecto. Utilización comunitaria de conocimiento diverso recibido.

Las técnicas utilizadas deben derivarse básicamente del proceso de capacitación que el grupo realiza en este momento siendo necesario que estén orientadas a facilitar la adquisición y socialización de estos conocimientos.

3.4.4 Evaluación y Crecimiento: Actividades y Procedimientos.

Fundamentalmente este propósito está orientado a establecer mecanismos que le permitan al grupo extender su cobertura tanto en cantidad como en calidad. Por esta razón el propósito incluye momentos como el de la multiplicación y articulación. Sin embargo también es necesario que a través de evaluaciones permanentes se establezcan proyectos continuos que le permitan al colectivo la constitución de nuevos proyectos y la orientación de nuevas acciones tendientes a dar solución a necesidades que no siempre tienen que ser del grupo conformado sino del contexto en el que este se haya inmerso.

La distribución de las actividades se verán en el siguiente cuadro:

PROPOSITO: EVALUACION Y CRECIMIENTO

MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	PROYECCION
Multiplicación articulación y el colectivo como asamblea.	Reuniones generales para evaluar el proyecto. Definición de futuros desarrollos del grupo en el corto y mediano plazo.	Información sobre el estado administrativo y financiero del grupo. Análisis de interferencias que el grupo tiene y forma de resolverlos.	Identificación de mecanismos para superar las interferencias. Conocimiento sobre procedimientos parlamentarios.	Constitución de grupos semejantes. Establecimiento de niveles específicos de articulación con otros grupos de la ciudad. Promoción del grupo a través de actividades que tengan un impacto comunitario

Las técnicas a utilizar deben derivarse básicamente del proceso de evaluación que el grupo realiza en este momento, siendo necesario que esten orientados a la promoción del grupo.

3.5 LOS ACTORES DEL PROCESO

3.5.1 Comunidad y Agente Institucional.

Mirar adecuadamente esta relación implica haber superado la concepción de que el "asistencialismo" es inconveniente por naturaleza. El problema estriba no en lo que las instituciones aportan sino en la posibilidad y libertad que tiene el grupo para seguir manteniendo su crecimiento como tal.

El agente institucional tiene en algunos casos, quizás muchos, que asumir funciones de dirección; lo que puede ser dañino para el grupo es cuando esta dirección se hace permanentemente impidiendo que el grupo aprenda, desarrolle o asuma estas funciones.

El aprendizaje de las partes tiene que ser recíproco; la unilateralidad deteriora la fortaleza que puede adquirir el grupo.

Más que una fuente donde la dificultad es resuelta, el agente institucional debe más bien crear condiciones, estados de ánimo, ambientes que le permitan a la comunidad presentar sus conocimientos, confrontar sus

adquisiciones y reconstruir un nuevo aprendizaje. Si estas condiciones no existen, pierde sentido operativo cualquier adquisición que se produzca.

3.5.2 En la Conformación de los Actores del Proceso, de sus Funciones.

La salud del grupo familiar constituye una unidad de actores, homogéneos en cuanto al objetivo que los congrega de desarrollar la autoestima de los miembros del sistema familiar, procurando que las potencialidades que se poseen incrementen la interlocución como vivencia cotidiana; heterogéneos en cuanto a los conocimientos, experiencias, aportes, etc., sin que cada uno de estos elementos tengan que mantenerse fijos o estáticos. La dinámica del proceso se mantiene en la diversidad de los roles que los miembros del colectivo asume en un doble propósito: El de formación y el de socialización de experiencias acumuladas.

La unidad así conformada constituye un proceso que no integra partes sino que establece relaciones, en múltiples sentidos y doble vía, cuyo enriquecimiento no surge de la mecánica (del ejecutar) el proceso sino del producto del proceso. De allí que el ambiente de

horizontalidad que supone es una condición para su eficacia grupal. La unidad es entonces un proceso de intercambio recíproco cuyo producto el colectivo consume como vivencia y como práctica, como ser y hacer.

De lo anterior se sugiere que la salud del grupo familiar no es un hecho implícito de la unión sino una construcción que realiza como conquista el colectivo, cualquiera sea la extensión que éste tenga. Su obtención implica una responsabilidad compartida y no un producto establecido de antemano; no es un proyecto sino un propósito desarrollado.

Lo importante de la estrategia reposa entonces en que la familia debe constituirse en el objetivo central del proceso y en el factor desde donde se dinamiza o adquiere fuerza esta construcción humana de la especie. Esta vitalidad que arranca de la autoestima del saber hacer, se alimenta del conocimiento que el grupo posee para administrar la totalidad de las acciones que es necesario realizar. De este punto de partida puede entenderse con más claridad la presencia de los otros actores (institución, agente institucional). En condiciones, por ciertos ideales, es importante que la institución y el agente institucional (o el profesional independiente) se convierten en la extensión de la corporalidad del grupo

familiar, siendo de alguna manera su propia subjetividad.

En este sentido, en un primer momento el grupo familiar deviene en una etapa de construirse como vivencia grupal; ésta nunca se agota y se mantiene, a diferencia de otras etapas, durante todo el proceso. Para este caso, la familia es una búsqueda, un desarrollo de acciones solidarias. Aprende que además de tener necesidades posee recursos que le pueden servir para darles salida. A través de la estrategia está por tanto definiendo necesidades, estableciendo causas, definiendo soluciones y determinado los recursos que posee y los que les hace falta.

La institución y el agente institucional funcionan en este momento como animadores del proceso; es cierto que en muchos casos tiene que aparecer como el principal protagonista; eso no es el problema mientras que se tenga claro que la situación debe presentarse como eventual hasta que el grupo esté en la posibilidad de asumirse como actor fundamental. En cada uno de los momentos de esta etapa, el agente institucional tiene la posibilidad de plantear sus puntos de vista, buscando mejorar la aprensión del grupo; sin embargo, el hecho cualitativo más relevante radica en el ambiente de horizontalidad que propicia para que el grupo familiar haga suya la

iniciativa que desarrolla.

Un segundo momento, convierte al grupo familiar en gestor de sus propios proyectos, en organizador de los recursos que posee y en animador institucional para la búsqueda de los insumos que les hace falta. El ser vivencia grupal es ahora hacer colectivo y en la operacionalización de este último se produce un incremento de su esencia solidaria. Más que animador ahora el agente institucional es un mediador del grupo familiar, que facilita o hace más viable el entronque entre el grupo y la institución; es el punto de partida de ubicación de las fuentes de apoyo al proyecto haciendo posible que el grupo pueda asistirse, en otras oportunidades por sus propia cuenta. Lejos, estamos de desconocer la importancia de la institución y del agente institucional para funcionar como mecanismos de complementación física y profesional del grupo.

En el tercer momento el grupo familiar es una voluntad colectiva que operacionaliza alternativas, constituyendo uno de los momentos de mayor vitalidad del proceso. Mientras que el grupo familiar despliega sus potencialidades para la administración del momento, el agente institucional y la institución, que se han ganado previamente la confianza del colectivo, le sirven de

compañía, de complementación. Son ahora la misma extensión del grupo; es su misma subjetividad; es el grupo haciendo institucionalmente y profesionalmente; es una acción institucional y profesional de la cual el grupo familiar conoce todos sus componentes y por ello tiene la capacidad de administrar su gestión.

Finalmente, en un cuarto momento el grupo familiar se toma un descanso para evaluar el desarrollo de sus actividades. Aquí determinan sus logros, establece sus carencias, determina sus dificultades, pero sobre todo, busca las opciones sucesivas para afianzar su crecimiento e incrementar sus alternativas. El cuerpo social adquiere aquí nuevamente el sentido de establecer nuevas relaciones de doble vía. Ha concluido un proceso pero aquí comienza a gestarse la implementación de una nueva solución, de otra vivencia que quizás pueda ser mucho más enriquecedora que la anterior.

3.6 LAS INTERFERENCIAS EN EL PROCESO PARTICIPATIVO

Hasta aquí veníamos viendo la participación comunitaria, ajena a sus grandes momentos de interferencia, sólo para poder hacer claros los aspectos o criterios que la definen en abstracto. Sin condiciones históricas de

conyuntura local o nacional, normalmente estos factores de adquisición, transmisión y proyección pierden parte de su dinamismo para rehacerse, reconstruirse, depurarse y mejorarse. En algunos casos la participación comunitaria, ahora latente, espera nuevas condiciones para presentarse. Ello es lo que normalmente acontece con movimientos sociales de una alta densidad de presencia.

Sea por procesos locales o como resultado de políticas sociales específicas, las instituciones pueden desarrollar programas de participación en espacios sociales de alta interferencia, en donde los momentos de adquisición, transmisión y proyección pareciera que permanecen en un estado de poca actividad. A diferencia de espacios con dinamismo latente, tenemos entendido que la cobertura geográfica de los programas institucionales, pueden incluir una gran mayoría de comunidades en donde la participación comunitaria sufre un franco proceso de pérdida que impide no sólo el desplazamiento del agente comunitario, sino que obstaculiza e impide cualquier acción institucional que no muchas veces le toca enfrentar, más que condiciones de hostilidad, respuestas

de apatía e indiferencia.⁽⁴⁷⁾ El proceso de pérdida se ve entonces como desplazamiento hacia la incapacidad grupal o individual (alejamiento) para el apersonamiento de las mínimas estructuras de necesidades. De aquí, el paso a la descomposición social es muy breve.

Estas condiciones, anteriormente señaladas, terminan no pocas veces por inducir a la institución a tener que ser organizadora, planificadora y ejecutora de proyectos en la comunidad que lejos de enmendar el proceso de pérdida, termina acreditándolo. No son pocos los casos que registramos donde la institución lleva a cabo sus propios proyectos, incrustados en la comunidad bajo su total dirección y donde la participación comunitaria se reduce a actos de presencia, apoyo económico a la institución, presencia esporádica en cursos de adiestramiento o de educación, etc. Lo importante es que en este caso, los programas terminan siendo vistos por la comunidad, como momentos específicos y temporales en los que pudiera resolverse problemas particulares de su propia situación y contacto.

47 Llamamos la atención, del concepto de la participación comunitaria como proceso de pérdida, para referirnos a todos aquellos espacios que en el mediano y largo plazo han venido disminuyendo su capacidad de adquisición, transmisión y proyección. Al ir conformando una historia de este tipo, las comunidades han venido conformando una gran sedimentación de apatía e indiferencia que torna esta sedimentación en respuesta, aunque sólo sea negativa, mediante la cual se anula e interfiere cualquier consuno de participación, tocando el carácter grupal un propósito cada vez más lejano y por lo contrario, dando paso a acciones con un perfil acusadamente individualista.

De allí que, también la continuidad del programa termine por sufrir cortes constantes que impiden o parecen impedir una adopción, consciente y permanente, de los mismos por parte de la comunidad, que adquieren así, toda la cognotación de asistida. (48)

Estas condiciones de interferencia a la participación que presenta la condición del proceso de pérdida, no sólo viene activando el ejercicio, a veces involuntario de la institución, de dirección y ejecución programática, sino que igualmente incide para que la institución convierta a la comunidad en una referencia para la realización de programas de participación que se ajustan a las necesidades de la institución; la participación se convierte así no en un presupuesto o principio del programa sino en una consecuencia.

Ello hay que entenderlo lógicamente, para propiciar condiciones de empalme y ajuste entre instituciones y comunidad. ¿En dónde radica la ruptura del empalme?.

48 Es preciso decir claro que no podemos pensar que las instituciones de manera general, acusan esta forma de presencia comunitaria. De estas otras experiencias necesitamos sacar todas sus bondades. Reiteramos que hemos dejado sentado en páginas anteriores, que la ejecución de programas en la comunidad por parte de la institución, termina siendo el resultado de un proceso de pérdida de la participación, que impone la necesidad, a la institución, del manejo absoluto de la situación. En muchos casos será necesario utilizar esta alta presencia institucional para despertar en los grupos todas sus potencialidades; pero ello es necesario pensarlo como medida provisional a sabiendas que el desarrollo de un programa requiere la adopción en primera instancia y su reacomodación posterior, en función de las necesidades y gestiones del propio grupo comunitario.

Ejemplifiquemos este proceso para facilitar la comprensión del mismo. En la ciudad de Cartagena algunas instituciones manejan proyectos de producción y comercialización a través de un conjunto de empresas que requieren tiempos precisos para la elaboración de un producto, cantidades específicas de materia prima, comportamientos laborales determinados, calidad de la materia utilizada, etc. Es factible pensar que el espacio conformado por la comunidades aledañas al centro de estos proyectos, representen en primera instancia, el territorio natural para llevar a cabo cada uno de los proyectos. Sin embargo, la comunidad maneja sus propios índices de tiempo, de cantidad, de comportamiento, de calidad, que no siempre coinciden con los requerimientos de eficiencia de la producción y comercialización, de mandados por las empresas. Esta diversidad de experiencia impide, en un primer momento, desplazar al sujeto local alrededor de una necesidad general. Los tiempos en los que la comunidad adquiere, transmite y proyecta su participación se tornan para la institución obsoletos y antieconómicos. Se truncan así las condiciones de empalme terminando la comunidad siendo receptora de sólo una parte de los beneficios y lo que es peor, territorio de acciones asiladas que terminan por bloquear cualquier acción integral y grupal. De ninguna manera buscamos legitimar este proceso; nuestra intención

es mostrar el conjunto de dificultades que enfrentan la presencia, como principio, de una real participación comunitaria, cuyos efectos tienden a dificultar el desplazamiento de la comunidad hacia la construcción social y orgánica de "proyectos de vida", en la que los sujetos, mediante el apersonamiento de sus necesidades desarrollan y construyen sus iniciativas, establecen sus pautas organizacionales y recrean un saber cuya potencia es su naturaleza colectiva.

Perdida de vista la participación comunitaria, y desarrollando la institución prácticas tendientes a maximizar su eficiencia o justificar su funcionalidad, la institución puede dejar al lado la consideración de la participación como proceso totalizador, perdiéndose consigo el desarrollo del propio sujeto. La presencia de estrategias que contemplan sólo el momento de la proyección, la puesta en marcha de acciones que propician tan sólo la adquisición, las acciones tendientes a diluir la comunidad de transmisión a reuniones de trabajo, son muestras que de antemano nos permiten intuir un saber colectivo imposibilitado y diezmado para afrontar los requerimientos de una participación comunitaria. En esta perspectiva, es más que imposible que sean los miembros de la comunidad, los actores fundamentales de este proceso, que inconscientemente convierte al profesional o

a la institución en el pivote que regula y dinamiza toda actividad. No negamos el aporte y apoyo que representa en la conformación de una experiencia de participación comunitaria, el profesional y la institución; sin embargo, parece que estos últimos han venido siendo encargados de una actividad desplazadora del agente comunidad y convertidos en la punta de lanza de la participación. La comunidad de adquisición, transmisión y proyección requiere de la actividad y creatividad de sus componentes. Se realiza con ellos y no independientemente de ellos.

Nada más lejano a la realidad que suponer que un proceso de esta naturaleza impide las interferencias o dificultades en el grupo o grupos que se han conformado; estas últimas serán una constante en el trabajo y el problema no consiste en aprender a vivir con ellas sino en saber darles salida en tiempos oportunos y a través de formas adecuadas.

La dificultad tiene que verse como momentos que le pueden permitir al colectivo afianzarse como tal al establecer correctivos que mejoren su funcionamiento. Siempre es importante tener en cuenta que las medidas adoptadas deben enfocarse fundamentalmente hacia la infracción y en segundo momento en el infractor. En otras palabras es

necesario saber definir la problemática, conocer sus causas, para luego buscar en los sujetos, mecanismos que le permitan a este último y al grupo en general asegurar su mantenimiento y facilitar su crecimiento. En ello radica la capacidad del grupo de convertirse en una instancia formativa, que a fin de cuentas es uno de sus objetivos básicos.

Estas dificultades tienen orígenes de distintas naturaleza y pueden estar relacionadas con los siguientes aspectos, entre otros:

- La heterogeneidad del grupo: Que proviene de su diferenciación sexual, de edades, oficios, condición social, valores, experiencias, etc.

- Del poco sentido de colectividad existente: Y que facilita la búsqueda de beneficios particulares, diezmando la constancia y permanencia de quienes manejan sentimientos de solidaridad.

- De la dinámica interna de los momentos de la estrategia: Toda vez que cada instancia representa expectativas, desarrollo de los miembros, liderazgos, interacciones, manejo de recursos, espacios, etc., en los que los miembros del grupo pueden tener vivencias que no son siempre armónicas.

- Del ambiente ya sea comunitario o institucional: Cuando no se ha ganado el apoyo de la comunidad, o ésta tiene temores y desconfianza hacia el grupo; o también cuando los propósitos, metodologías y campos de acción de las instituciones no están acordes con el espíritu logrado por el colectivo.

- De la coyuntura sociopolítica: Cuando ésta desfavorece el trabajo de equipo e impide el carácter permanente del proceso participativo.

Muy a pesar de las dificultades, es preciso pensar que el principal recurso con el que cuenta el colectivo, son las vivencias internalizadas de solidaridad, para afrontar de manera positiva aún en sus momentos de crisis.

Tiene por finalidad definir las tareas a realizar en cada uno de los diferentes componentes y momentos del proceso lo cual, facilita la conformación de las estrategias específicas de intervención, tanto de la problemática y población objeto de nuestro estudio como de cualquier otra, debido al carácter generalista de la estrategia conformada.

195

CONCLUSIONES

El trabajo puesto a consideración muestra la concepción tridimensional con la que hemos venido abordando el proceso salud-enfermedad, en donde hacemos un salto del carácter biologicista-organicista con que se se a vendio trabajando en el proceso, para mirarlo desde una perspectiva interaccional: Física-psicológica y sico-cultural.

De esta forma la salud alude a los aportes físico-biológicos que componen la condición de la población infantil investigada, e incerta como una totalidad los comportamientos psicosociales y culturales del mismo, mirándolos como registro de una experiencia de familia y de un contexto social más amplio.

Ademas los distintos sectores que componen la problemática (individuo, grupo, contexto), dejan de presentarse de manera aislada y estática para constituirse en una red de relaciones de sujetos en los

que cada uno de los sectores, están determinando experiencias de diversa cualificación.

Es importante decir que la salud enfermedad deja de verse como anomía para ubicarse en la naturaleza de las interacciones, estas interacciones se dirigen en un primer nivel del hombre consigo mismo, y con otros hombres de la misma especie.

En segundo nivel el hombre establece relaciones con la naturaleza, que para el caso de nuestra problemática no permite explicitar la naturaleza de la interacción del niño con su medio ambiente físico.

En tercer término el hombre establece un tercer nivel de interacciones con un conjunto de conocimientos de carácter cultural que se asume, se transforma y se renueva conformando al equipo cognoscitivo mediante el cual se obtiene el equipo para el manejo del conjunto de interacciones ejecutadas en cierto momento por el grupo humano.

En síntesis la enfermedad no es el punto terminal de una desarmonía orgánica sino situaciones al desajuste en cualquiera de estos tres niveles de la interacción de los sujetos.

Al analizar la problemática de salud y su incidencia en el menor podemos decir que éstos no cuentan con ambientes propicios para el logro de un desarrollo normal, ya que los ambientes microsociales y macrosociales están generando una serie de relaciones negativas, que van a desembocar en las patologías que el menor está presentando no solo en su conformación biofísica y psicológica sino en los comportamientos cotidianos adoptados por éste, expresado a través de diarreas, infecciones de la piel, y de las vías respiratorias, desnutrición utilización de términos soeces como lenguaje cotidiano, retraimiento, aislamiento entre otros.

Es por ello que se propone una estrategia que contempla una atención integral tanto de las relaciones y condiciones de vida del entorno familiar y social de los menores, para un eficaz desarrollo de los mismos.

Con interacciones de esta naturaleza se pretende "construir", con el "menor", "la familia" y la "comunidad" un nuevo enfoque de atención integral del sistema familiar: El de la comunidad participante, cuyo carácter formativo y relacional permite el desarrollo de las potencialidades, el sentido de la complementariedad y solidaridad; se busca satisfacer las necesidades vitales del ser humano y trascender la concepción de desarrollo

del menor centrada solo en éste, sin tener en cuenta la necesidad de atención simultánea de las "personas" y "medios" en que interactúan "familia, "comunidad", lo mismo que de articular los niveles y áreas de atención con los planes de desarrollo Municipal, Regional y Nacional, porque no es posible un desarrollo integral del menor en forma aislada de su entorno familiar y social y sin el saneamiento y desarrollo simultáneo de los mismos.

El desarrollo integral del menor, encontrado por el camino de "la comunidad participación", introduce entonces al espacio socio-político donde el sujeto recrea el conjunto de sus relaciones.

Hay que destacar que la estrategia propuesta no es un procedimiento acabado, resulta ser puntos de partida que permiten motivar la creatividad de cada uno de los miembros del grupo incluido el mismo profesional.

Por otra parte, mírese más como un sentimiento que como un proceso técnico. El desarrollo de los miembros de un grupo, cualquiera que este sea, cuando se convierte en objetivo de individuos particulares, se hace verdad cuando se procede de "adentro" de los sujetos hacia "afuera" (sentimiento) que cuando se funciona de "afuera" hacia "adentro" (técnica).

La estrategia consta de unos elementos claves (comunicación, valores, recursos y contexto) que son los que van a ir acercando el logro de los propósitos de cada uno de los componentes del proceso y de los objetivos (mencionados con anterioridad), que se pueden resumir en la siguiente matriz operacional:

PROPOSITOS	NIVELES	MOMENTOS	APERSONAMIENTO	ORGANIZACION	CONOCIMIENTO	MOVILIZACION
		CONTACTO				
		GRUPO PILOTO				
		NECESIDADES				
		CAUSAS				
		SOLUCIONES				
		RECURSOS				
		PROYECTOS				
		TALLER COMUNI.				
		MULTIPLICACION ARTICULACION Y EL COLECTIVO COMO ASAMBLEA				

200

Lo importante de la estrategia reposa entonces en que la familia debe constituirse en el objetivo central del proceso y en el factor desde donde se dinamiza o adquiere fuerza esta construcción humana de la especie.

Esta vitalidad que arranca de la autoestima del saber hacer, se alimenta del conocimiento que el grupo posee para administrar la totalidad de las acciones que es necesario realizar. De este punto de partida puede entenderse con más claridad la presencia de los otros actores (institución-Agente institucional). En condiciones por ciertos ideales, es importante que la institución y el agente institucional (o el profesional independiente) se convierten en la extensión de la corporalidad del grupo familiar, siendo de alguna manera su propia subjetividad.

En este sentido el grupo familiar deviene en una etapa de construirse como vivencia grupal, en donde la familia como tal es una búsqueda, un desarrollo de acciones solidarios. Aprende que además de tener necesidades posee recursos que le pueden servir para darles salida.

A través de la estrategia está por tanto definiendo necesidades, estableciendo causas, definiendo soluciones y determinando los recursos que posee y los que les hace

falta.

Igualmente el grupo familiar se convierte (trabajando en conjunto con el agente externo) en gestor de sus propios proyectos, en organizador de los recursos que posee y en animadore institucional para la búsqueda de los insumos que les hace falta. El ser vivencial grupal es ahora hacer colectivo y en la operacionalización de este último se produce un incremento de su esencia solidaria.

Es relevante destacar que la importancia de la estrategia radica en su aplicabilidad no solo a niveles microsociales sino que de igual forma a niveles y contexto macrosociales.

Podría pensarse en la implementación de la estrategia en los planes de desarrollo trazados como políticas de gobierno, en donde el grupo y/o comunidad sean los actores y protagonistas de su crecimiento como individuos y como grupo donde su constitución como tal es el objetivo central del proceso y es el factor desde donde se dinamiza y adquiere fuerza para la constitución humana de la especie.

BIBLIOGRAFIA

AMAR AMAR, José. Los Hogares Comunales del Niño. Teoría y Experiencia. Proyecto Costa Atlántica. Uninorte.

AMAR AMAR, José. El Desarrollo del Potencial Humana en Colombia: Alternativas para una Psicología del Desarrollo. Uninorte, 1990.

BASAGLIA, Franco y otros. La Salud de los Trabajadores: Aportes para una práctica de la salud. Editorial Nuevo México, 1978.

BASTIDE, Roger. Sociología de las Enfermedades Mentales. Siglo XXI Editores. Bogotá, 1983.

BETANCOURT, Cayetano. Las Virtudes Sociales.

CALVO NUNEZ, Haroldo y otros. El Nuevo Enfoque de la Salud en Colombia. Un reto y una progresiva realidad. Bogotá, 1979.

CANGUILHEM, Georges. Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores, 1973.

CORTES, Juan Eduardo. "Características Psicosociales del Menor en Situación Irregular". Artículo.

CURE JANA, Durante. Una Ciénaga Virgen. Cartagena, 1988.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICAS. Magnitud de la Pobreza en Colombia. Bogotá, 1987.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICAS. Proyecto Indicadores de Pobreza. Bogotá, 1987.

DURANGO, Orlando y otros. Crisis Familiares y Nuevas Formas de Intervención con Participación Comunitaria. Universidad de Cartagena, Facultad de Trabajo Social, 1987.

DURANGO, Orlando y PEREZ, Isabel. La Comunidad Participante como Estrategia de Intervención. Documentos Docentes. Facultad de Trabajo Social. Universidad de Cartagena, 1990.

DURANGO, Orlando y PEREZ, Isabel. La Recuperación de la Salud Familiar como Instrumentalización para el Desarrollo Integral del Menor de 0 - 7 años. Costa Atlántica. 1.990.

DURKHEIM, Emile. La División Social del Trabajo. Akal Editor., 1982.

ELLES QUINTANA, Ubaldo. La Contaminación en Cartagena de Indias. Catástrofe Ecológica y Humana (Cartagena).

ESTUDIO SOCIAL DEL TUGURIO DE FREDONIA. Universidad de Cartagena. Facultad de Trabajo Social. 1976.

HOYOS, Guillermo. Herramientas Filosóficas del Conocimiento para la Comprensión y Manejo del Conflicto. Universidad Nacional de Colombia.

INDERENA. Revista Manglaria: "Cuesta más o menos lo mismo educar a 80 niños que entrenar y armar a un soldado". Cartagena, 1988.

INDERENA. Revista Manglaria Nº 5. 1988.

ISAAC, David. La Educación de las Virtudes Humanas.

JORES, Arthur. El Hombre y su Enfermedad. Siglo XXI Editores, 1979.

JORES, Arthur. La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. siglo XXI Editores, 1979.

KAFKA, Frank. La Metamorfosis. Novela.

LEON, Carlos. Factores Psicosociales y Salud. Ponencia presentada al seminario-taller sobre medicina familiar. Bogotá, septiembre, 1985.

OSPINA, Rosa Inés. Consejería para el Desarrollo Social. Presidencia de la República. Informe taller sobre democracia, descentralización y participación comunitaria. Cartagena, 1990.

TAURELL, Assa Cristina. El Desgastadero..... F.C.E. México, 1979.

TIMIO, Mario. Clases Sociales y Enfermedad. Nueva Imágen. México.

UNICEF y otros. Pobreza y Desarrollo en Colombia. Su Impacto sobre la Infancia y la Mujer. Colombia, 1988.

VASQUEZ, Alberto. Jornada sobre Terapia Familiar y Entrenamiento sobre Teoría y Práctica Familiar-Sistémica (mimeógrafo).

ZULETA, Etanislao. La Participación Democrático en Colombia. Artículo. Bogotá, 1990.