

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de PROFESIONAL EN GERONTOLOGÍA.
2. **TÍTULO:** Caracterización de la población rural en proceso de envejecimiento del nivel de Sisben I y II, con edades comprendidas entre 50 y 59 años del corregimiento de San Antonio del Pescado, municipio de Garzón, Departamento del Huila (Colombia)
3. **AUTOR (a):** Argelis Joven
4. **LUGAR:** Bogotá, D. C.
5. **FECHA:** Junio de 2012
6. **PALABRAS CLAVE:** envejecimiento rural, determinantes del envejecimiento activo, condiciones de salud, Sisben, adultos.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** el trabajo tuvo como objetivo general caracterizar las condiciones en salud integral, desde los determinantes del envejecimiento activo: determinantes personales, sociales, conductuales y entorno físico de la población en envejecimiento, con nivel de Sisben I y II, de edades comprendidas entre 50 y 59 años, del corregimiento de San Antonio del Pescado, municipio de Garzón (HUILA).
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** envejecimiento
9. **FUENTES CONSULTADAS:** algunos de los referentes más significativos son: Álvarez, J. F. (2003). *Economía campesina y sistema alimentario en Colombia: aportes para la discusión sobre seguridad alimentaria*. Nueva, Bogotá: Universidad Javeriana. Aristizabal-Vallejo, N y Castro Roldán. (2010). *Mirada de la Gerontología*. Revista Universidad de San Buenaventura. p.56. Maldonado, A. P. (2002). Empleo y nuevas tareas rurales para el desarrollo local. *Investigaciones geográficas*, 57-59. Montes M, J. F., & Borrero, C. L. (2004). *Metodología de la investigación*. México: Limusa. Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento Activo: Un Marco Político*. Revista Española de Geriatria y Gerontología
10. **CONTENIDOS:** en el primer capítulo se evidencia la justificación y los objetivos de la investigación, en el capítulo segundo la conceptualización desde los determinantes del envejecimiento activo en un mundo rural: San Antonio del Pescado donde se sintetiza, que los factores personales están constituidos por: la biología, genética y capacidad de adaptación que el determinante social, es un conjunto de condiciones socio-económicas, sanitarias, educativas y culturales que se traducen en oportunidades de preservación de la salud, de desarrollo humano y calidad de vida. Los factores conductuales, hacen relación a las conductas diarias que influyen en la salud de forma negativa o positiva. El determinante del entorno físico, se alude, normalmente, tanto a los espacios disponibles en la organización como al mobiliario y a los recursos tecnológicos con que se cuenta. En el tercer capítulo aparecen los resultados y finalmente en el capítulo cuarto la discusión.
11. **METODOLOGÍA:** investigación descriptiva de carácter cuantitativo.
12. **CONCLUSIONES:** la población rural de San Antonio del Pescado con edades entre 50 y 59 años se caracteriza en sus condiciones de salud por: el 90% pertenece a nivel de Sisben I; el 70 % cuenta con primaria incompleta; el 67.5% no ha recibido información acerca de las problemáticas de salud que padecen, la comunidad no recibe subsidios de educación, y en cuanto los subsidios vivienda, incentivos y capacitaciones por parte de entes gubernamentales son ineficientes; los ingresos económicos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas diarias; el centro de salud no responde a las necesidades de esta población; los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son inconsistentes. De los siete grupos de alimentación colombiana, según el Ministerio de Salud, hay una ausencia en el consumo de frutas y lácteos, un bajo consumo de hortalizas y verduras; las condiciones de la vivienda, en cuanto al agua y energía son regulares, hay muy alto porcentaje de personas que usan como combustible para cocinar, la leña.

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL EN
ENVEJECIMIENTO, DEL NIVEL DE SISBÉN I Y II, CON EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE 50 Y 59 AÑOS, DEL CORREGIMIENTO DE SAN
ANTONIO DEL PESCADO, MUNICIPIO DE GARZÓN, DEPARTAMENTO DEL
HUILA, (COLOMBIA)**

ARGELIS JOVEN URRIAGO

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA**

BOGOTÁ, D. C - 2012

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL EN
ENVEJECIMIENTO, DEL NIVEL DE SISBÉN I Y II, CON EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE 50 Y 59 AÑOS, DEL CORREGIMIENTO DE SAN
ANTONIO DEL PESCADO, MUNICIPIO DE GARZÓN, DEPARTAMENTO DEL
HUILA, (COLOMBIA)**

ARGELIS JOVEN URRIAGO

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar por el título de
profesional en Gerontología**

Asesora

Dra. Nidia Aristizabal Vallejo

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA**

BOGOTÁ, D.C. - 2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que me permitió la luz para prepararme y cumplir la misión que me encomendó.

A mis padres María Fátima y Filemón por sembrar en mi tanta pasión por lo que soy y de donde soy “el orgullo de haber nacido en el campo”, por su apoyo y su amor incondicional. Por su determinación entrega y humildad y por ser el ejemplo más perfecto de amor

A mis hermanos Jimmy, Yurany, Andrey y Deyner por su credibilidad y apoyo en mi afán por alcanzar mi sueño.

A mi amiga Ángela por caminar incondicionalmente a mi lado y construir conmigo una sólida amistad en medio de tanta dificultad, por compartir conmigo el amor de Martin, por hacerme parte de su vida y por contribuir en este trabajo de investigación.

A todos mis amigos y personas que me acompañaron, apoyaron y creyeron en mí.

A mi pueblo natal San Antonio del Pescado, orgullo y motivación de esta investigación.

A mis compañeros por los momentos compartidos y enriquecidos por la diferencia, por la dificultad y la fortaleza en las situaciones donde hicimos de la gerontología nuestra pasión.

A la Doctora Nidia, por haber hecho de la gerontología una profesión grande en su saber y fuerte en su acción, nos orientó con sus mejores aportes académicos, su dedicación, amor y valentía, logrando despertar en nosotros motivos de trabajo y lucha por dejar en alto la gerontología.

Y a todos los docentes que desde primer semestre hasta el final, que contribuyeron con pasión a mi formación como profesional. Especialmente a la docente Jessica Paola Cabrera, por su apoyo incondicional, su confianza y credibilidad en mi proceso formativo, y por su gran contribución a mi trabajo de grado.

Tabla de contenido

Introducción	10
Capítulo primero	
Justificación	12
Objetivo general	13
Objetivos específicos	14
Capítulo segundo	
Determinantes del envejecimiento en un mundo rural: San Antonio del Pescado	15
Antecedentes	19
Planteamiento del problema	22
Capítulo tercero	
Método	24
Capítulo Cuarto	
Resultados	26

Capitulo quinto	
Discusión	32
Recomendaciones	38
Referencias	39

Lista de tablas

Tabla 1	
<i>Características sociodemográficas de la población</i>	26
Tabla 2	
<i>Presencia de enfermedades según percepción subjetiva</i>	27
Tabla 3	
<i>Apoyo social formal (programas gubernamentales)</i>	27
Tabla 4	
<i>Tipos de Apoyo recibidos</i>	28
Tabla 5	
<i>Ingresos económicos mensuales colocar valores</i>	29
Tabla 6	
<i>Inversión de los ingresos mensuales</i>	29
Tabla 7	
<i>Consumo diario de alimentos</i>	30
Tabla 8	
<i>Condiciones de la vivienda</i>	31

Lista de figuras

Figura 1

Acciones de organizaciones comunitarias

28

Lista de apéndices

Apéndice A	
San Antonio del Pescado	43
Apéndice B	
Instructivo	50
Apéndice C	
Instrumento	53
Apéndice D	
Validación del instrumento	59

Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional a nivel mundial, en ningún momento ha sido ajeno a Colombia, este ha afectado de manera general a toda la población del país, en la que se incluye de forma directa a la población rural, objeto de esta investigación. La población rural en Colombia una significativa reducción al pasar de un poco menos del 60% de la población total en 1950 a 29% en el año 2000(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011a) [PNUD], Según los datos del censo de 2005, los 10,5 millones de habitantes de las zonas rurales en Colombia representan el 25% de la población del país, del cual el 52,5%son hombres y el 47,5% mujeres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, [DANE],2005). Colombia es un país agrícola y por tanto la población rural o campesinado son un componente importante del ámbito nacional, que también debe ser atendida de forma eficaz y eficiente, con una mirada gerontológica en la que se tenga en cuenta los procesos de desarrollo y envejecimiento y el momento vital de la vejez.

Viejos y nuevos indicadores socioeconómicos confirman la mayor vulnerabilidad de los pobladores rurales, pero la institucionalidad estatal para atenderlos se ha debilitado o desaparecido y las coberturas en la provisión de bienes y servicios públicos (educación, agua potable, infraestructura, salud, saneamiento básico, asistencia técnica, etcétera) no se comparan con el peso de las estrategias y programas de subsidios sectoriales que en la práctica benefician a quienes tienen más capacidades y recursos.(PNUD, 2011)

Sin embargo con esta investigación se resalta la importancia que tiene el área rural del Municipio de Garzón en el departamento del Huila,

específicamente del corregimiento de San Antonio del Pescado, que se fundó en el año de 1.926, por el señor Rafael Méndez, fue habitada por una cultura indígena Agustiniense (Andaquies), está ubicado a 28 Km del sur occidente del municipio de Garzón su clima varía entre 24 a 28 grados centígrados la economía de la población depende totalmente del cultivo del café, cultivo del café, en la actualidad existen aproximadamente 850 habitantes en el centro poblado distribuidos en 8 manzanas que son las que componen la estructura del pueblo. Cuenta con un centro de salud, una estación de policía, una parroquia, dos templos de iglesias protestantes, un centro de educación para primaria y bachillerato, y 6 hogares de Bienestar Familiar. (APENDICE A).

Se pretende que mediante la caracterización en condiciones de salud desde los determinantes: personal, social, conductual y entorno físico, se promueva el envejecimiento activo y una vejez sana y enriquecedora desde la idiosincrasia rural.

Se encuentran pocos estudios acerca de la realidad de las poblaciones rurales de Colombia y Latinoamérica, esto revela la poca importancia que tiene para el país los cambios estructurales que se han dado a lo largo de estos años, desde esta realidad algunos autores han realizado investigaciones acerca de la vida rural en Colombia y otros países:

Naciones Unidas para desarrollo[ONU](2011a) Colombia Rural; mujeres rurales, gestoras de esperanza[ONU](2011b); Bonilla, (2008), Lo rural Un campo inacabado; Restrepo Tobasura,(2008) realidad de las comunidades rurales de Costa Rica; Mendoza (2007) efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en la población rural venezolana;Pérez (2002) calidad de vida en los asentamientos rurales de Iberoamérica; Maldonado (2002), análisis de las diferentes características y condiciones que prevalecen en el medio rural latinoamericano referidas al entorno de la vivienda rural y los asentamientos rurales.; Márquez (2002) empleo y nuevas tareas rurales; Orjuela, Gómez; Curcio y Ramírez (1998) envejecimiento en las comunidades campesinas : envejecer en el campo

CAPÍTULO PRIMERO

Justificación

La salud está constituida e influenciada por diversos factores que interactúan entre sí y con el que cuentan o no los seres humanos para alcanzar su realización personal. El envejecimiento activo definido por la Organización Mundial de la salud, (2002) es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, existen siete grandes grupos de factores determinantes: determinantes Transversales (Género y cultura), determinantes sociales (Educación, Alfabetización, derechos humanos, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso), determinantes personales (Biología y genética, capacidad de adaptación) Sanidad y Servicios sociales (Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados a largo plazo, atención primaria), determinantes del entorno físico (Ámbitos urbanos y rurales, vivienda, prevención de lesiones), determinantes económicos (Ingresos, trabajo, protección social) y determinantes conductuales (Actividad física, alimentación sana, abandono del tabaquismo, control de los problemas causados por el alcohol.

Para esta investigación se tendrán en cuenta: los determinantes, personal, social, conductual y del entorno físico.

Los habitantes de zonas rurales son afectados por una serie de dificultades que limitan su desarrollo integral. El aislamiento geográfico, las pocas fuentes de trabajo y la falta de aplicación de programas comunitarios acordes con las necesidades reales de estos pobladores, son algunos de ellos, lo que provoca grandes dificultades para obtener un mejoramiento de

la calidad de vida. Es importante fortalecer la identidad rural de estas comunidades, para generar estrategias de desarrollo mediante la integración de los habitantes rurales, el conocimiento de su realidad, el fortalecimiento de su cultura, el cuidado de su ambiente. (ONU, 2011a)

Los desafíos de la salud hoy en día son más trascendentales, se relacionan como algo integral que está presente en todo el proceso de envejecimiento de los individuos. Desde la [OMS], la Organización Panamericana de la Salud, la política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019, los planes de gobierno y claramente desde la gerontología, la salud es un tema de amplia preocupación en todas las poblaciones.

Para intervenir y proponer soluciones a las problemáticas en salud de las poblaciones rurales es necesario acercarnos a través de la investigación a la realidad. El mejoramiento de la calidad de vida rural y la disminución de la vulnerabilidad de estas poblaciones depende en gran parte del conocimiento que se tenga de ellas y es así como se planteó desde la ausencia de una caracterización en las condiciones de salud una investigación en torno a la población en envejecimiento en la zona rural del municipio de Garzón, particularmente en el corregimiento de San Antonio del Pescado, siendo esta población uno de los corregimientos más grandes de este municipio.

Cuando se evalúan estos determinantes ya mencionados y se obtienen unos resultados que evidencian la ausencia de muchos recursos que son necesarios para vivenciar un envejecimiento activo, y de dichos resultados surge herramientas que permitirán que la comunidad estudiada tenga un empoderamiento en cuanto a: toma de decisiones, auto fortalecimiento de su cultura e identidad, autoconfianza, control y ejercicio propio de poder, vida digna de acuerdo con sus valores, capacidad para luchar por los derechos, independencia y libertad. Esto puede significar, trascender la libertad de escoger y de actuar, significa ampliar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida, tanto en el ámbito individual como en el colectivo.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar las condiciones en salud integral desde los determinantes del envejecimiento activo: determinantes personales, sociales, conductuales y entorno físico de la población en proceso de envejecimiento, con nivel de Sisben I y II de edades comprendidas entre 50 y 59 años del corregimiento de San Antonio del Pescado, municipio de Garzón (HUILA).

Objetivos Específicos

- Identificar las condiciones de los determinantes personales
- Identificar las condiciones de los determinantes sociales.
- Identificar las condiciones de los determinantes conductuales
- Identificar las condiciones del determinante entorno físico

CAPÍTULO SEGUNDO

Determinantes del envejecimiento en un mundo rural: San Antonio del Pescado

Conceptos básicos de la investigación

A continuación se expondrán un conjunto de términos básicos que se considera son los que orientan las rutas de exploración y explican la construcción y operacionalización de las variables contenidas en el instrumento de recolección de datos.

En primer lugar Suarez, (2008) define ruralidad como un conjunto de regiones o territorios en los que la población desarrolla diversas actividades, como la agricultura, la artesanía, las industrias pequeñas y medianas, el comercio, los servicios, la ganadería, la pesca, la minería, la extracción de los recursos naturales y el turismo entre otros. En estas regiones hay asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior, e interactúan una serie de instituciones, públicas y privadas. En este sentido, lo rural trasciende lo agropecuario, y establece nexos fuertes de intercambio con lo urbano, para la provisión no solo de alimentos sino también de gran cantidad de bienes y servicios.

En Colombia el Sisben, es un sistema de información Colombiano que permite identificar a la población pobre beneficiaria de programas sociales. Como instrumento de focalización individual, está conformado por tres elementos: i) índice Sisben ii) ficha de clasificación socio económico iii) software para la estimación de los puntajes (Departamento Nacional de Planeación – 2003 p.77).

Y la Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud en 1946, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A partir de este concepto Vélez (2007,p. 67) señala que el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna

Así es como la salud y el concepto del el envejecimiento Activo “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (OMS, 2002).se integran desde sus conceptualizaciones para buscar calidad de vida en todas las poblaciones.

Factores determinantes

La OMS dentro del marco de la promoción de la salud se refiere a los factores determinantes de la salud como: “Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud* de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998 p. 3)

Determinantes relacionados con los factores personales.

Bajo la concepción inicial de los factores determinantes del envejecimiento activo, los factores personales están constituidos por: la biología, genética y capacidad de adaptación. En este caso se ha tomado la biología como la variable que más atañe a los objetivos de este estudio, ya que al ser examinada puede evidenciar la presencia o ausencia de enfermedad en la población objeto de estudio, como aspecto importante a la hora de caracterizar la situación en salud integral. Por tanto se señala como estudio principal el factor Biológico (dimensión biológica,) hace referencia a la realidad de la persona en tantos que organismos pluricelular, poseedor de un cuerpo que se desarrolla y madura sometido a la realidad física. Se organiza en torno a la idea de equilibrio dinámico en el marco de una relación también dinámica con el ambiente. Y toma en consideración

aspectos relativos como la influencia genética, el funcionamiento y la conducta observable como fuente de información. (Colegio oficial de enfermeras de Barcelona, 2011 prr. 1).

Determinante social

Desde el marco político de envejecimiento (2002p.87), este determinante se define como el conjunto de condiciones socio-económicas, sanitarias, educativas y culturales que se traducen en oportunidades de preservación de la salud, de desarrollo humano y calidad de vida. En el que tendrán en cuenta nivel educativo, el acceso a los servicios sanitarios, el apoyo social y las redes sociales e ingresos económicos. La priorización de estos aspectos en primer momento tiene que ver con el apoyo social, que para Khan y Antonucci, (1980) citado por Guzmán (2010 p. 10), se entendido, como las servicios interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, (del cual se desglosan, el apoyo social formal referido este al sistema formal de referido según Sánchez Ayendez, 1994)) citado por Guzmán y Huenchuan (2002)a que poseen una organización burocrática, con un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. el que se tienen en cuenta no solo los entes gubernamentales si no también el Centro de salud, llamado también centro de atención primaria (CAP) se refiere al lugar donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario(citas médicas, citas odontológicas, primeros auxilios y capacitaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Por último se avalúa el apoyo social informal que está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo (familia, amigos y vecinos, comunidad. (Sánchez Ayendez, 1994). Y se incluye también la junta de acción comunal que es una expresión social organizada, autónoma y solidaria de la sociedad civil, cuyo propósito es promover un desarrollo integral, sostenible y sustentable construido a partir del ejercicio de la democracia participativa en la gestión del desarrollo de la comunidad. (Ley 743 artículo 6o, 2002)

Determinantes conductuales

Los factores conductuales, hacen relación a las conductas diarias que influyen en la salud de forma negativa o positiva como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo. (OMS, 2002 p, 104).

Determinante relacionado con el entorno físico

Al hablar de “entorno físico” se alude, normalmente, tanto a los espacios disponibles en la organización como al mobiliario y a los recursos tecnológicos con que se cuenta. El entorno físico es un elemento esencial para la constitución, funcionamiento interno, relaciones con el entorno y productividad de los grupos. (Sundstrom1986)

Desde estos determinantes se entiende que la promoción del envejecimiento activo como gran objetivo de la disciplina gerontológica y como investigación que impulsa el desarrollo rural, incluye para esta investigación el tema de la salud, como determinante a la hora de establecer acciones dirigidas a la consecución del mencionado objetivo. El envejecimiento activo no se fundamenta exclusivamente en el modelo biomédico, se requiere de otros elementos para ser posible, como las condiciones del entorno, las relaciones sociales entre otras.

A continuación se hará un recorrido respecto a los determinantes de la salud desde diferentes autores para finalmente establecer los determinantes del envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud desde donde se fundamentará esta investigación.

Informe de Lalonde (1974) citado por Ochoa (2004) En primer lugar son quienes establecen los primeros determinantes de la salud, el ministro de salud de Canadá en estableció los factores determinantes de la situación de la salud: Estilos de vida, Medio ambiente, Biología humana y Asistencia sanitaria. Tras analizar que el bienestar individual y el mejoramiento del nivel de salud de una población no dependía solo de los servicios sanitarios.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud a partir de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en (Ottawa) Canadá 1986, crea la Carta para la Promoción de la Salud y en ella menciona los determinantes: comportamientos y estilos de vida

saludable, ingresos, posición social, educación, trabajo y condiciones laborales, acceso a servicios sanitarios y el entorno físico. Además advierte que de la combinación de estos resultan diversas condiciones de vida que van a impactar de manera contundente en la salud. (Organización Mundial de la Salud, Promoción de la Salud. [OMS] 1998)

En el año 2002 en Madrid, España se celebró la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento de la cual se emite el documento Envejecimiento Activo: Marco Político, como la contribución de la OMS y en él se contempla la salud como pieza clave en las políticas y programas y se establecen los determinantes de envejecimiento activo.

De acuerdo con el marco político de envejecimiento y vejez desde donde se fundamenta esta investigación, existen siete grandes grupos de factores determinantes: determinantes transversales (Género y cultura), determinantes sociales (Educación, Alfabetización, derechos humanos, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso), determinantes personales (Biología y genética, capacidad de adaptación) Sanidad y Servicios sociales (Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados a largo plazo, atención primaria), determinantes del entorno físico (Ámbitos urbanos y rurales, vivienda, prevención de lesiones), determinantes económicos (Ingresos, trabajo, protección social) y determinantes conductuales (Actividad física, alimentación sana, abandono del tabaquismo, control de los problemas causados por el alcohol y uso incorrecto de la medicación. (OMS 2002).

El descubrimiento y caracterización de estos factores por parte la OMS, así como la ratificación por parte de la asamblea de envejecimiento y vejez, justifican dos de los quehaceres de la disciplina gerontológica “promoción de un envejecimiento activo para la calidad de vida en todos los momentos vitales “ y “ el trabajo interdisciplinar e intersectorial, la investigación y el diseño y gestión de programa planes y proyectos, como mecanismos de intervención social” (Aristizabal-Vallejo, Castro- Roldan 2010) que además constituyen un frente específico y comprometido en pro de las poblaciones envejecidas y en proceso de envejecimiento.

Para caracterizar la población rural de San Antonio del Pescado se tendrán en cuenta los determinantes relacionados con los factores personales: biología (presencia de enfermedades), sociales: nivel educativo, apoyo social, acceso a servicios sanitarios, ingresos económicos; conductuales: hábitos saludables; y del entorno físico: condiciones de la vivienda.

De acuerdo al principio de integralidad y multidimensionalidad que posee el proceso de envejecimiento humano, el tema de las condiciones del contexto medio-ambientales y la interacción del individuo con estas es determinante para la conservación o deterioro de la salud integral y merecen ser estudiadas y analizadas.

De acuerdo a la revisión bibliográfica tanto a nivel local como internacional, se evidencio que son escasas las investigaciones con respecto al tema y aun cuando el envejecimiento ya es eje numerosas políticas públicas en diferentes países del mundo estas se basan y se dirigen principalmente a las condiciones de la población mayor urbana marginando así a los campesinos viejos y en proceso de envejecimiento.

Con respecto a la caracterización de la salud en poblaciones rurales se hallaron los siguientes estudios:

La [ONU] (2011a) Colombia rural resalta las principales problemáticas existentes en esta población, desde realidades como el desplazamiento el conflicto armado y la causas de la pobreza en los campos. Concluye que el modelo de desarrollo rural es inequitativo y excluyente, persistencia de un orden social injusto, además que Según el Informe, del DANE el porcentaje de pobladores rurales no es del 25% sino el 32% esto significa que en las tres cuartas partes de los municipios, cuya área ocupa la mayoría del territorio nacional, predominan relaciones propias de sociedades rurales, que las mujeres y hombres rurales viven condiciones sociales difíciles y situaciones críticas, como lo demuestran algunos indicadores: altos niveles de pobreza e indigencia, escaso acceso a servicios básicos, poca inserción en el mercado laboral y condiciones de salud y educación más desfavorables con respecto a los habitantes de las ciudades, además que de acuerdo con el DANE, a julio de 2010, mientras que en las

cabeceras municipales el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) era de 19,6%, en la zona rural ascendía a 53,51%. Mientras que en las ciudades solo el 0,2% de los hogares no disponía de ningún servicio básico, en el mundo rural este porcentaje ascendía a 7,7% en 2008. Y por último que la cobertura en salud aumentó en forma significativa en el área rural entre 2003 y 2008, al pasar de 51,2 a 84,6%; sin embargo, el 83,1% se encuentra afiliado al régimen subsidiado, lo cual evidencia la precaria inserción laboral de los campesinos colombianos.

Houdelatth (2008) en su estudio de las comunidades rurales de Costa Rica concluye que los niveles de organización comunitarias son muy bajos, por lo que pocas veces sobresalen acciones autogestionarias; a esto hay que agregar el hecho de que el liderazgo suele quedar en manos de personas provenientes del exterior de la comunidad, como el pastor, el sacerdote y el maestro; Aguilar y Monge (2000) concluyen que los ingresos que obtienen los ocupados en los sectores informal y agropecuario tradicional, generalmente son bajos, lo que ocasiona una situación de pobreza en estas personas y sus familias. La mayor incidencia de la pobreza se presenta entre los que trabajan en el sector agropecuario: un 69% de ellos, que representan un 49,6% de todos los trabajadores pobres. Se pone en evidencia, entonces, que el alivio de la pobreza requiere, necesariamente, mejorar la situación de los campesinos y sus familias. Son muchos los problemas que enfrentan los campesinos, pero sobresale la explotación que se da en el trabajo y en la producción agrícola, lo que ha incrementado el empobrecimiento en estas familias

Mendoza, (2007) Evalúa los efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en la población rural venezolana. Teniendo en cuenta indicadores de desarrollo comunitario (percepción de la comunidad de los programas de salud, participación, integración social). Se valoró también la calidad de vida desde la estratificación social y niveles de pobreza y funcionalidad familiar. Y se concluyó que los programas sociales producen diferencias en las variables de desarrollo social evaluadas a través de las dimensiones de desarrollo socio comunitario y de calidad de vida generalizada y que los

programas generan más participación comunitaria, mejores indicadores socioeconómicos y más responsabilidad social.

Márquez Domínguez (2002) en la investigación sobre el Empleo y nuevas tareas rurales para el desarrollo local concluye que desde que la producción agraria necesitó menos fuerza de trabajo, numerosos agricultores, en situación de desempleo, se abandonaron los campos, con tal intensidad que, la debilidad demográfica y el envejecimiento del ámbito rural, definieron un espacio marginal y asistido.

Orjuela; Gómez; Curcio y Ramírez (1998) en el estudio acerca de envejecimiento en comunidades campesinas: envejecer en el campo, afirman que las poblaciones rurales en los países en desarrollo y las redes de apoyo primarias, constituidas por las familias conviviente o vecino en términos relativos, son bastante fuertes.

Planteamiento del problema

Existen pocos estudios en Colombia que revelen las condiciones en salud con perspectiva gerontológica de las poblaciones rurales en proceso de envejecimiento, la población requiere ser estudiada no solo con el fin de aportar a la investigación en la disciplina gerontológica en Colombia, además para analizar una realidad desconocida hasta por la misma población a investigar.

La comunidad del corregimiento de San Antonio del Pescado, zona rural del municipio de Garzón Huila, requiere investigaciones que revelen las problemáticas en salud con una mirada integral, que desde la gerontología permita caracterizar, las condiciones en salud desde los determinante personales sociales conductuales y del entorno físico de la población.

Uno de los problemas más destacados de este corregimiento es la ausencia de una caracterización de las condiciones en salud desde los determinantes antes mencionados, además que esta población nunca ha sido intervenida a través de investigaciones que finalmente proporcionen herramientas para mejorar o plantear estrategias de intervención desde la gerontología u otras disciplinas. Por tanto los planteamientos del gobierno local desde sus políticas de gobierno para esta población no son

consolidadas bajo argumentos reales de las necesidades de. La problemática de la población envejeciente y envejecida se mantiene porque no hay una planeación de intervención desde las estrategias especificadas en la política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007- 2019) y claramente desde resultados reales de investigaciones. De los anterior surge el siguiente interrogante: ¿cuáles son las condiciones en salud integral desde los determinantes del envejecimiento activo: determinantes personales, sociales, conductuales y entorno físico, de las personas envejecientes con edades entre 50-59 años, con nivel del Sisben I y II del corregimiento de San Antonio del pescado, Municipio de Garzón Huila?

CAPÍTULO TERCERO

Método

Tipo de estudio: Descriptivo, Namakfoosh (2005) es una forma de estudio para saber quién dónde, cuándo, cómo y por qué, del sujeto de estudio.

Participantes

personas con edades entre 50 a 59 años de una zona rural del municipio de Garzón, ubicada en el corregimiento de San Antonio del Pescado que pertenecieran a niveles del Sisben I y II, de las cuales se entrevistaron 40 de un total general de la población de 54 personas con estas especificidades.

Instrumento (APENDICE B)

Se diseñó un instrumento con 16 preguntas divididas en los determinantes a evaluar cuyo objetivo fue identificar las condiciones de salud de las personas con edades entre los 50-59 años en el corregimiento de San Antonio del Pescado, Municipio de Garzón (Huila-Colombia) se aplicó mediante entrevista personal.

Este incluía en primer lugar preguntas acerca de aspectos demográficos generales y se dividió en cuatro grandes grupos que se referían cada uno a los determinantes a evaluar. En primer lugar se evalúa el determinante personal (percepción subjetiva respecto a la presencia de enfermedades), en segundo lugar el determinante social que está dividido en tres categorías una es desde el apoyo social, que evalúo el apoyo formal y el apoyo informal, por último se evalúo el sistema sanitario relacionado al sistema primario en salud, y por último los ingresos económicos, en tercer lugar se evalúa el determinante conductual, que está dividido en hábitos saludable y actividad física, y el ultimo determinante evalúa el entorno físico

relacionado este a las condiciones de la vivienda. El cuestionario fue validado por jueces expertos **(APENDICE C)**

Procedimiento

Esta investigación se planteó desde hace 2 años, se tenía claridad acerca la población a investigar, y hace 10 meses se delimitaron las edades y el nivel del Sisben, para delimitar la población. A partir de esta definió la ruta a seguir la cual se realizó en 6 fases.

En la primera fase se concretó el tema a investigar, esta fue orientada hacia una caracterización en las condiciones de salud desde 4 determinantes del envejecimiento activo. En la segunda se realizó la recolección de bibliografía, fase que fue muy complicada ya que existen pocas investigaciones orientadas a las poblaciones rurales respecto al tema de investigación. En la tercera fase se formalizó una reunión citada con anticipación con la población implicada en la investigación, para sondear necesidades respecto al tema ya planteado, se dio a conocer los objetivos que se pretendían lograr y conceptos generales cerca de la Gerontología. En la cuarta fase se diseñó y validó el instrumento. En la quinta fase se aplicó el instrumento en una entrevista directa, esto debido a que en la tercera fase cuando se efectuó el sondeo se evidenció que la mayoría de la población contaba solo con primaria incompleta (1º y 2º) y muchos no sabían leer ni escribir. En la sexta fase se llevó a cabo la estructuración y el análisis de los resultados.

Se tuvo en cuenta la Consideraciones éticas: resolución número 0008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para administración en salud.

CAPÍTULO CUARTO

Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población

Características	N=40	%
Genero		
Mujeres	55	
Hombres	45	
Grupos de edad		
50-54	50	
55-59	50	
Nivel de Sisben		
I	90	
II	10	
Estado civil		
Casados(as)	75.5	
Solteros (as)	15	
Viudos (as)	7.5	
Escolaridad		
Primaria incompleta	70	
Primaria completa	22.5	
Bachiller incompleto	2.5	
Analfabetos (as)	5	

Nota: Se evidencia que el 55% de la población investigada son mujeres, que el 90% pertenecen a nivel de Sisben I, que 75% son casados, y el 70% solo tiene primaria incompleta, además que u 5% son analfabetos

I Determinante personal

Tabla 2:

Presencia de enfermedades según percepción subjetiva (multirespuesta)

Enfermedades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Caries	21	52,5
Gastritis	13	32,5
Varices	10	25
Hipertensión	8	20
Otros (p, visuales)	10	25
Depresión	3	7,5
Osteoporosis	2	5
Artritis	2	5
Ninguna enfermedad	5	12,5

Nota: La tabla 2 revela que las enfermedades más prevalentes según percepción subjetiva son: problemas bucales esto haciendo referencia a la presencia de caries con un 52,5%, de 5% de osteoporosis un 12.5% sin ningún problema de salud.

Información acerca de los problemas de salud que padece

EL 32.5 % respondió que sí ha recibido información acerca de sus problemas de salud, por parte del Centro de Salud, el 67.5 % respondió que no ha recibido ninguna información.

II. Determinante social

Tabla 3:

Apoyo social formal (programas gubernamentales)

Acceso a	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Subsidio vivienda	5	12,5
Subsidio alimentación		
Subsidio de salud	40	100
Subsidio de educación	8	20
Incentivos	6	15
Capacitaciones	5	12,5

Nota: En la Tabla 3, se evidencia que el 100% de la población recibe la ayuda del estado en salud al pertenecer al régimen subsidiado, el 20% recibe subsidio del estado para la educación de sus hijos, el 15% ha recibido incentivos por parte del Comité de cafeteros para mejora de las producciones agrícolas, manejo de residuos químicos, venenos y desechos.

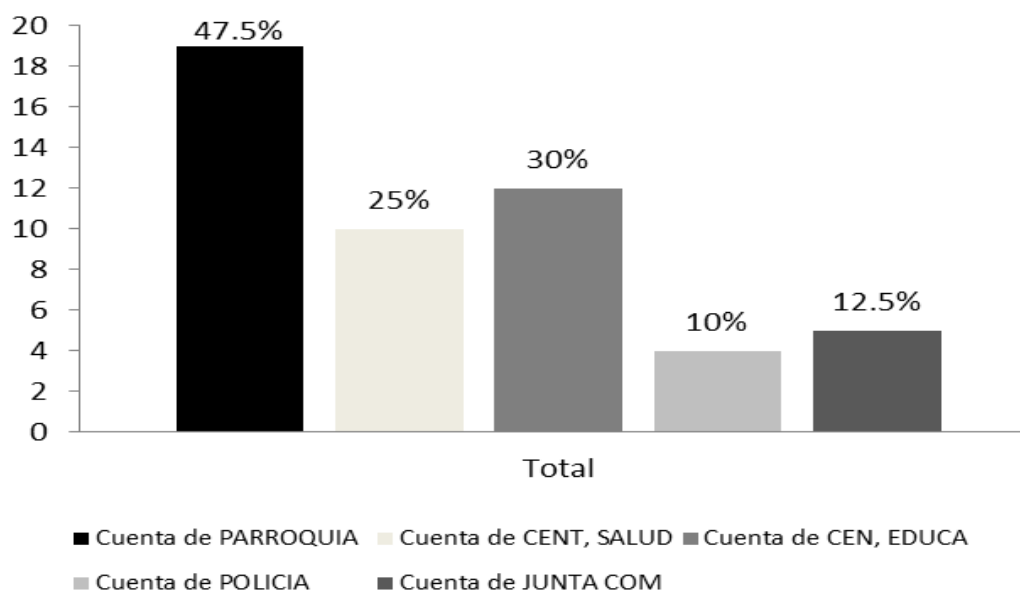


Figura 1:

Acciones de organizaciones comunitarias

Nota: La figura 1, muestra que las organizaciones comunitarias que más realizan acciones para mejorar el bienestar de la comunidad son: la parroquia con el 47,5 % con acciones como capacitaciones, integración y recreación y con un 30% el centro educativo con actividades de participación y recreativas.

Apoyo social informal

Tabla 4:

Tipos de Apoyo recibidos

Tipo de relación	Apoyo económico	Apoyo emocional	Apoyo instrumental (ayuda en trabajos)
Hijos	80%	75%	75%
Hermanos	22.5%	22.5%	20%
Sobrinos		10%	7,5%
Vecinos	5%	10%	30%
Amigos	17.5%	22.5%	20%
La comunidad	17.5%	12,5%	

Nota: La tabla 4, muestra que el mayor apoyo informal, es recibido por parte de los hijos, con un 80% en apoyo económico, el 75% emocional y el 75% ayuda instrumental con trabajo, y el 12.5% dice recibir ayuda emocional por parte de los amigos y hermanos

Sistema sanitario.

Servicios del Centro de salud

El 70% de la población califica los servicios del centro de salud como buenos, el 27,5% como regulares y el 2,5% excelentes.

El 52.5 % asevera la no existencia de atención en primeros auxilios, y un 35 % refiere no saber. En cuanto a las capacitaciones el 62.5 % menciona que nunca dan capacitaciones en el centro de salud, y el 12.5% afirma que se da una capacitación por mes.

En relación a la existencia de programas de atención primaria en salud El 100% de la población señalan que existen todos. (Crecimiento y desarrollo, programas educativos para personas mayores, programas de control obesidad y sobrepeso, programa para manejo de la diabetes, control prenatal, control hipertensos) algunos complementan la información registrada (cualitativo)

Ingresos económicos

Tabla 5:

Ingresos económicos mensuales colocar valores

Menos de \$ 50.000 mensuales	De \$50.000 a \$150.000 mensuales	De \$150.000 a \$250.000 mensuales	De \$300.000 a \$500.000 mensuales	De \$500.000 a \$1.000.000 mensuales	Dependencia económica
7,5%	12,5%	27,5%	10%	12,5%	30%

Nota :La tabla 5 refleja que 30% de la población es dependiente económicamente de sus esposos esto concretamente en las mujeres, y el 27.5% tienen unos ingresos mensuales de \$150.000 a \$250.000.

Tabla 6:

Inversión de los ingresos mensualmente

Frecuencia absoluta	%
Alimentación	30
Vivienda	14
Salud	3
Educación (hijos, nietos, otros)	1
Transporte	2
La finca	40
Créditos	10

Nota: En la tabla 6 se refleja que el 40% de los ingresos mensuales son invertidos en la finca y el 30% en alimentación y un 14% en gastos de la vivienda.

El 95% de la población manifiesta que sus ingresos económicos son insuficientes para suplir sus necesidades básicas.

III. Determinantes conductuales

Hábitos saludables

Hábitos alimenticios

El 100% de la población afirma que consume almuerzo y cena diariamente, el 95% que desayuna diariamente, y el 16.5% del total que son mujeres que consume medias nuevas y medias tardes diariamente.

Tabla 7:

Consumo diario de alimentos

Grupo de alimentos	Ni una vez por semana	Una vez por semana	Dos o tres veces por semana	Más de 3 veces por semana
Cereales, raíces, tubérculos y plátanos				100%
Hortalizas y verduras	7,5 %	25%	27.5%	35%
Frutas	30%	30%	22,5%	17,5%
Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales	5%	10%	15%	70%
Lácteos (leche, queso, yogures)	40%	20%	30%	10%
Grasas (de origen animal, pescado y de origen vegetal, aceites, manteca, margarinas)	2,5%	7,5%	15%	75%
Dulces y azúcares	0,5%			95%

Nota: En el consumo diario del grupo de alimentos se evidencia que el 100% de la población investigada consume diariamente, tubérculos y plátanos, que solo el 35% de la población consume más de tres veces a la semana hortalizas y verduras, que el 30% de la población nunca consume frutas, que el 40% no consume lácteos y el 75% consume grasas especialmente la manteca.

Consumo de sustancias y bebidas

El 10% de la población consume mariguana 3 veces al día, y el 7.5% de la población total consume de 3 a 10 cigarrillos diarios.

Actividad física

El 45% del total de población realiza caminata menos de 1 hora diaria, el 62.5% del total realiza más de 2 horas diarias de trabajos en la finca, como desyerbar, recolectar y procesar el café.

IV. Determinantes del entorno

Tabla 8

Condiciones de la vivienda

	Excelente	Buena	Regular	Pésima
Fuente de agua			100%	
Conexión de energía			100%	
Tipo de conexión sanitaria (alcantarillado)	100%			
Pisos y material de ellos	15%	62.5%	15%	7.5%
Paredes y material de ellas	15%	72.5%	5%	7.5%
Eliminación de basuras				100%
Tipo combustible	Leña-gas	82.5%		
	leña	12.5%		
	Gas	5%		

Nota: La tabla 8 refleja que el 100% de la población cuenta con fuentes de agua regulares, de igual manera la conexión de energía, que el 100% de la población cuenta con una pésima eliminación de las basuras, y que el 95% utiliza como combustible para cocinar la leña.

CAPÍTULO QUINTO

Discusión

Este trabajo de grado tuvo como objetivo realizar una caracterización de las condiciones de salud de una población rural desde cuatro determinantes del envejecimiento activo: personal, social, conductual y entorno físico.

En primer lugar en las características sociodemográficas se evidencia que el porcentaje mayor de entrevistados son mujeres (55%), esto es contrario a lo expresado por el DANE quienes afirman que el mayor porcentaje de la población rural son hombres el (52,5%), además el 90% entrevistadas fueron clasificadas en nivel de Sisben i, lo que demuestra la vulnerabilidad de esta población rural, acorde con lo expresado por la [ONU] (2011b) donde se concluyó que las mujeres y hombres rurales viven en condiciones sociales difíciles y situaciones críticas, como lo demuestran algunos indicadores: altos niveles de pobreza, escaso acceso a servicios básicos, poca inserción en el mercado laboral y condiciones de salud y educación más desfavorables con respecto a los habitantes de las ciudades.

Las características de salud desde el determinante personal, donde se evidencia la prevalencia de enfermedades según percepción subjetiva ellas son: problemas bucales (caries), muchos no asisten al odontólogo porque tienen prótesis dentales y dicen no ver la necesidad, o asisten solo en caso de presentar mucho dolor. Otros problemas con alto porcentaje son la gastritis, problemas de varices, hipertensión y algunos no presentan ningún problema de salud, este último en relación a los hombres, las mujeres presentan mayores problemas de salud

La mayoría de la población investigada no recibe Información acerca de los problemas de salud que padece, evidenciando la

inconsistencia de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dada desde la atención primaria en salud.

Desde el determinante social las características principales son: en el apoyo formal (programas gubernamentales): ausencia de subsidio de alimentación, bajos subsidios para vivienda, educación, incentivos y capacitaciones. La cobertura en salud (régimen subsidiado) es la única que cubre el 100% de la población. Este resultado final es coherente con lo expuesto por La ONU (2011a) en su informe última que la cobertura en salud aumentó en forma significativa en el área rural entre 2003 y 2008, al pasar de 51,2 a 84,6%; sin embargo, solo el 16,9 pertenece al régimen contributivo y 83,1% se encuentra afiliado al régimen subsidiado, lo cual evidencia la precaria inserción laboral de los campesinos colombianos.

En este mismo determinante se obtienen resultados preocupantes en cuanto la funcionalidad de las organizaciones: Junta de Acción Comunal, la Policía Nacional, Centro de Salud, organizaciones que deberían manejar una dinámica de fortalecimiento en aspectos que generen bienestar a la comunidad como: programas para fortalecer la producción y la economía, la participación y el liderazgo en su propio desarrollo, procesos que permitan fortalecer la cultura de la ruralidad, entre otros. La parroquia y el centro educativo son las organizaciones que aportan con sus actividades en la dinámica de contribuir en el bienestar general de los habitantes del corregimiento. Lo anterior concuerda con lo planteado por Bonilla (2007) que afirma que la carencia de efectivos programas comunitarios por parte de los organismos locales, institucionales y gubernamentales: no ayudan a fomentar el desarrollo o no responden a las necesidades reales de las comunidades. Por otra parte Van der Bijl (2000) citado por Bonilla (2007) indica que el desarrollo de una zona rural debe nacer de la misma población, y que debe ser, ante todo, un desarrollo desde la comunidad. Este autor señala la necesidad de que la escuela les brinde a los miembros de estas zonas, capacitación y técnicas para la iniciativa y la organización.

Del determinante social también hace parte el apoyo informal (familia, amigos, vecinos, comunidad) aquí se evidencia que los hijos y hermanos

ofrecen en un alto porcentaje de apoyo económica, emocional y de trabajo. De esta manera se hace evidente lo que proyecto Orjuela, Gómez, Curcio y Ramírez (1998) donde afirman que las poblaciones rurales en los países en desarrollo y las redes de apoyo primarias, constituidas por las familias conviviente o vecino en términos relativos, son bastante fuertes.

A continuación se expresan algunos entrevistados:

P5.aquí la comunidad lo ayuda a uno si tiene una situación urgente, yo aún no he necesitado pues no la he recibido.

P6. Todos nos unimos ayudar a quien lo necesite, puede ser en la construcción de una casa, con un mercado, nos distinguen por ser muy solidarios y hasta a veces se han aprovechado de nosotros.

También afirma Forero (2002) que las relaciones entre campesinos mediados por el parentesco, y por el vecindario, son fundamentales para la circulación de mano de obra, tierra y capital y constituyen otro elemento clave del ámbito económico de la economía campesina regulada por los intercambios monetarios. Los intercambios de productos e insumos a través del trueque y de trabajo por medio de diversos sistemas de contraprestaciones, conocidos en muchos casos como mano de vuelta.

A continuación algunos expresaron durante la entrevista respecto a este tema:

(P7). Cuando se acaba el café y la situación se pone dura, con mis hermanos y algunos compadres intercambiamos trabajo, hacemos mingas (jornadas de trabajo varias personas), y nos rotamos hasta que terminamos en todas las fincas, así no tenemos que pagar nada.

(P8).hay veces que toca intercambiar plátanos por yucas, pues eso es lo bueno de estar en el campo, que sí y no tengo mi vecina si, y nos ayudamos sin esperar plata, bueno las cosas han cambiado un poco, pero todavía nos ayudamos.

Otro elemento importante en el determinante social la evaluación de los servicios del centro de salud que evidencian la poca cobertura como esta expreso en la visión de Garzón (2004-2007 p.23) que solo tiene una cobertura del 66.6% en el área rural. En el proceso de las entrevistas algunos calificaron cualitativamente el centro de salud:

(P 3). Son regulares porque somos muchos para solo 20 cupos que se dan al día, y solo atiende 2 días, hay veces que hay como 50 y pues los que alcancen bien y el resto hasta cuando se pueda y si es muy urgente pues toca bajar donde el doctor Saúl a Guadalupe.

(P4). Regulares porque por ejemplo si alguien se corta no le hacen nada, lo mandan de una vez para Garzón, no le prestan ni los primeros auxilios, no hay un carro disponible para cualquier emergencia, le toca uno pagar carro para sacar un enfermo y le cobran a uno como 100 mil pesos, si es que no se muere en el camino, ¡porque tan lejos!

Otro elemento de este determinante son los ingresos económicos que mensualmente sobrepasan la inversión que realizan para los gastos mensuales, concluyendo que el 95% de la población manifiestan que sus ingresos económicos son insuficientes para suplir sus necesidades básicas, de acuerdo a los resultados obtenidos por un entrevistado este refería que:

(P12) “que no sabía de donde resultaba la plata para vivir, que no le alcanzaba y que por eso muchas veces se miraba envuelto en deudas y tenía que recurrir a préstamos en los bancos”, ello es coherente a los hallazgos hechos por el DANE, a julio de 2010, en el que se expresan que mientras que en las cabeceras municipales el porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) era de 19,6%, en la zona rural ascendía a 53,51%.

En el determinante conductual en cuanto a hábitos alimenticios las mujeres en un alto porcentaje manifiesta el consumo de tinto como medias nuevas y medias tardes.

En el consumo diario del grupo de alimentos se evidencia que el 100% de la población investigada consume diariamente, tubérculos y plátanos, que solo el 35% de la población consume más de tres veces a la semana hortalizas y verduras, que la mayoría no consume frutas ni lácteos y que hay un alto porcentaje en el consumo de particularmente grasas como la manteca, y ausencia en el consumo de pescado.

RESA (Red de Seguridad Alimentaria hace parte de Acción Social y tiene como objeto apoyar a las familias campesinas en extrema pobreza y vulnerables de desplazamiento a desarrollar actividades que les permita

producir alimentos para autoconsumo, que contribuyan a la adecuada nutrición de las familias y a la reducción del gasto. Aunque muchos expresan pertenecer a este grupo, aun no se han iniciado programas que mejoren la problemática existente en el aspecto alimentario.

De esta manera algunos expresaron el consumo de alimentos:

(P9) Solo como pescado en semana santa

(P10) Solo comemos frutas de las que se dan oca, por ahí de vez en cuando se compra una maracuyá o tomate de árbol y ya el resto, guayabas, mangos, naranjas y por ahí mandarinas y no más.

(P11) El queso y los yogures eso no se ve, ni siquiera se consigue por acá, por ahí de vez en cuando alcanza para una botella de leche.

En el segundo aspecto evaluado desde el anterior determinante, que sería la actividad física, se denota que por las actividades realizadas en el campo un alto porcentaje realiza caminata más de 2 horas diarias de caminata y actividades que implican un trabajo cardiovascular, lo que influye en su buen estado físico, este caso aplica a mujeres y hombres, las mujeres solo en tiempo de cosecha y los hombres todos los días.

Por ultimo en el determinante del entorno físico donde se evaluó las condiciones de la vivienda, y se caracterizó que las fuentes de agua, son regulares porque tenían una conexión de energía regular debido que: las conexiones son rudimentarias, cableado visible, múltiples conexiones de una sola cometida por mencionar algunas,; en cuanto la fuente de agua el 100% es regular debido a la inexistencia de una empresa de acueducto que realice tratamientos para potabilizar el agua.

Finalmente de acuerdo a esta toda esta realidad de esta población rural, Arias (2004), citada por Suárez y Tobasura (2008) concluyen que una de las implicaciones en las políticas de desarrollo rural del gobierno de Álvaro Uribe Vélez era la construcción de Unidades Territoriales Competitivas, que estarían soportadas en Centros Provinciales de Gestión Agro empresarial CPGA. Estos centros forman parte de los programas del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y permiten la transformación del agro colombiano en un horizonte de competitividad, institucionalidad y gobernabilidad. Responden a una política programática orientada a

fortalecer la economía rural, estimulando la transformación de los campesinos en verdaderos empresarios del campo e incrementando la capacidad tecnológica del país. Todo esto con el fin de enfrentar las exigencias del mercado nacional e internacional. Esto fue planteado en el 2004 y por lo que se evidencia en la investigación los resultados de la caracterización de las condiciones de salud, estos programas no han sido efectivos en esta región.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación se sugiere comedidamente a:

La alcaldía del municipio de Garzón (Huila): la atención médica y odontológica de lunes a viernes; revisar las condiciones del agua y las condiciones del acueducto de la región; intermediar con la empresa de energía acerca de las condiciones de esta en el centro poblado; incluir en los planes de gobierno la política pública de envejecimiento y vejez 2007-2019. Formación de equipos interdisciplinarios que incluyan a un profesional de gerontología liderando el trabajo con la población envejeciente; formación de líderes rurales que generen procesos educativos-integrales que mejoren las condiciones de un envejecimiento activo en toda la población.

A la academia (Universidad de San Buenaventura): incluir en los procesos educativos más profundización, análisis e investigación de las poblaciones rurales desde la multidisciplinariedad e interdisciplinariedad.

A la Comunidad (San Antonio del Pescado); evaluar los procesos de intervención de las organizaciones de la comunidad en el bienestar de sus habitantes y replantearla; organización y asesoramiento en los procesos de planificación y construcción de proyectos y programas a favor de la población rural; liderar su propio desarrollo comunitario, a través de un trabajo que surja a partir de las necesidades de una cultura rural, que se proyecte en menos dependencia del estado; articulación intergubernamental en mesas de trabajo con líderes comunitarios

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. F. (2003). *Economía campesina y sistema alimentario en Colombia: aportes para la discusión sobre seguridad alimentaria*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Aristizabal-Vallejo, N. y Castro Roldán. (2010). *Nueva Mirada de la Gerontología*. Revista Universidad de San Buenaventura. p.56.
- Maldonado, A. P. (2002). *La calidad de vida en los asentamientos rurales de Iberoamérica*. Revista geográfica Venezolana, 11-38.
- Márquez Domínguez, J. A. (2002). *Empleo y nuevas tareas rurales para el desarrollo local*. Investigaciones geográficas, 57-59.
- MontesM, J. F., & Borrero, C. L. (2004). *Envejecimiento rural: El anciano en las zonas cafeteras de Colombia*. Manizales: Universidad de Caldas
- Namakfoosh. (2005). *Metodología de la investigación*. Mexico: Limusa.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento Activo: Un Marco Político*. Revista Española de Geriatria y Gerontología
- Perea R, (2004) Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo, p 230, Ed Díaz de Santos. España
- Social, D. N.-U. (2003). *Evaluación interal de Sisben*. Bogotá: Panamericana.

Suárez Restrepo, N. A. (2008). Lo rural un campo inacabado. *Revista Facultad Nacional de Agronomía* , 61, 4480-4495.

WEBGRAFÍA

Bonilla Houdelatth, Erika, (2008) *Realidad de las comunidades rurales de Costa Rica*, Revista Electrónica Educare, vol. XII, 2008, pp. 47-59.recuperado de <http://reladyc.uaemex.mx/src/Inicio/ArPdfRed.jsp?ICve=194114584009>

CEPAL, Naciones Unidas. (2004). *Poblacion, envejecimiento y desarrollo*. San Juan de Puerto Rico.recuperado el 12 de marzo de 2012 de www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/14988/dge2235.pdf

Colegio oficial de enfermeras de Barcelona, (2006) recuperado el 22 de Junio de 2012 de www.infermeravirtual.com/es-es/actividades-de-la-vida-diaria/la-persona/dimesión-biológica.html

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, (2005) recuperado el 20 de Junio de 2012 de www.dane.gov.co/

Guzmán M,(2002) redes de apoyo social a las personas mayores, recuperado el 22 de Junio de 2012 de www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/.../EPS9_JMGSHNVMO.pdf.

Ley 743 (2002) Organismos de acción comunal artículo 60 , recuperado el 20 de Junio de 2012 de www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5301

Lineamientos para la focalización del gasto público social, CONPES Social(2007).Actualización estadística recuperado el 20 de Junio de 2012 de www.sisben.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=48&mid

Mendoza N, (2007), *tesis doctoral efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y las calidad de vida relacionado con la salud en la población rural*, universidad de Alicante. Recuperado el 25 de Marzo de 2012 de www.lluisvives.com/servlet/SirveObras/.../031084.pdf

Ochoa, F. (2004). *El componente social de la salud pública en el siglo XXI*. Recuperado el 22 de Junio de 2012, de www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu08304.htm.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Salud y atención primaria en salud*, recuperado el 13 de marzo de 2012 de ocw.unican.es/...de.../2.1_factores_determinantes_salud.pdf.

Orjuela, J. E., Gómez, J. F., Curcio, C. L., & Ramirez, J. J. (1998). *Envejecimiento en comunidades campesinas : proyecto envejecer en el campo*. Colombia Médica, vol. 29, número 004 recuperado de redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28329402

PNUD. (2011). *Colombia Rural, Razones para la esperanza*. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Bogotá. recuperado el 17 de Enero de 2012 de pnudcolombia.org/indh2011/

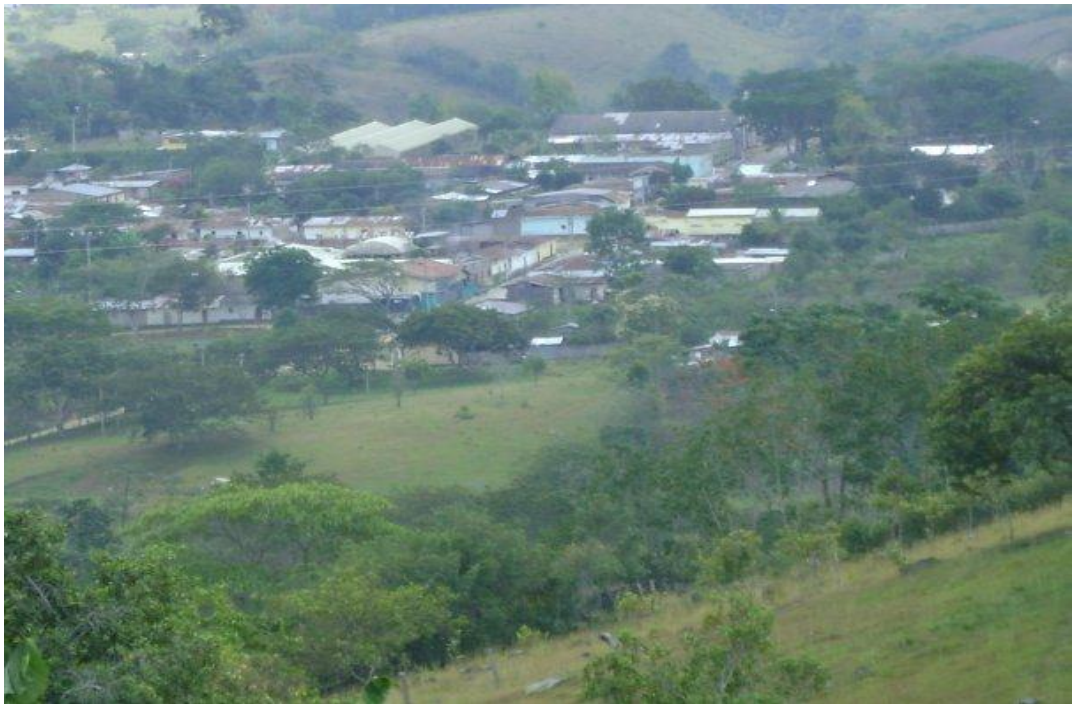
Pérez A. (2002) *calidad de vida en los asentamientos rurales de Iberoamérica, Venezuela*. Revista geográfica venezolana. Vol43(1)2002,11-38 recuperado de www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24502/1/articulo43-1-1.pdf

Sundstrom, (1986) *Workplace: The Psychology of the Phisical Environment in Offices and Factories*. Cambridge:Cambridge Univ. Press) recuperado el 20 de Junio de 2012 de web.usal.es/~ggdaca/WebEntornoFisico.htm

Vélez A, (2007) *Hacia la promoción de la salud*; Bogotá, recuperado el 22 de Junio de 2012 de promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%201

APÉNDICE A

San Antonio del Pescado, cetro poblado y sus veredas



Principales calles del centro poblado



Principales medios de transporte.



La chiva

Campero.

Estación de policía y los principales templos.



Centro de salud y centro educativo de primaria



Centro educativo de bachillerato y centros deportivos comunitarios



Cementerio



Principal fuente de la economía: cultivo del café



Fuentes hídricas: quebrada la Lindera



Quebrada la Pescada.



Fogones en leña



Casa en bareque



APÉNDICE B

CUESTIONARIO PARA CARACTERIZAR LAS CONDICIONES DE SALUD, DESDE LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: FACTORES PERSONALES, SOCIALES, CONDUCTUALES Y ENTORNO FÍSICO

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CUESTIONARIO

En este cuestionario de caracterización de las condiciones de salud desde los determinantes del envejecimiento activo, se tomaron los personales, sociales, conductuales y el entorno físico, establecidos por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, tiene como objetivo identificar las condiciones de salud de las personas con edades entre los 50-59 años en el corregimiento de San Antonio del Pescado, Municipio de Garzón (Huila-Colombia).

Este cuestionario será aplicado en un encuentro directo del entrevistador con el entrevistado.

A continuación se describen cuidadosamente los aspectos que se quieren analizar:

Ruralidad: Conjunto de regiones o territorios en los que la población desarrolla diversas actividades, como la agricultura, la artesanía, entre otros. En estas regiones hay asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior, e interactúan una serie de instituciones, públicas y privadas. (Suarez Restrepo, 2008)

Determinantes personales: están constituidos por los factores biológicos al ser examinada puede evidenciar la presencia o ausencia de enfermedad en la población objeto de estudio. Las enfermedades que se enuncian en el cuestionario son aquellas que a nivel mundial y nacional presentan una mayor prevalencia en este grupo etáreo de acuerdo a clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10).

Determinantes sociales: entendidos como las condiciones sociales en que las personas viven, trabajan, se relacionan y reciben apoyo por parte de entes privados, estatales, amigos, vecinos y familias, impactando su salud. Para este apartado se evaluará (educación, acceso a servicios sanitarios, apoyo social formal e informal e ingresos económicos).

Apoyo social: Es el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros

Clases de apoyo

Apoyo social formal: conjunto de relaciones que se establecen formalmente entre el gobierno local, la parroquia, centro de salud, colegios, la policía y la persona en proceso de envejecimiento.

Apoyo social informal: conjunto de relaciones que se establecen entre la familia, vecinos, amigos y la persona en proceso de envejecimiento.

Tipos de apoyo

- **Apoyo económico:** La economía se relaciona directamente con la salud porque permite mejorar el estilo y las condiciones de vida en las personas además de servir como instrumento o estrategia para lograr un mayor crecimiento económico y mayores niveles de desarrollo de acuerdo al grupo de economía de la salud 2006
- **Apoyo emocional.** Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas.
- **Apoyo instrumental.** Cuando se emiten conductas que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien.
- **Apoyo informativo.** Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo

- **Sistema sanitario:** son las condiciones de atención primaria en salud (atención médica, odontológica, atención en primeros auxilios, cuidados en salud, entre otros)

Determinantes conductuales: hace referencia a la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado (actividad física, alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol)

Determinante entorno físico: señala riesgos (vivienda segura digna y adecuada) y el entorno que puede afectar la salud.

APÉNDICE C

CUESTIONARIO PARA CARACTERIZAR LAS CONDICIONES DE SALUD DESDE LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: FACTORES PERSONALES, SOCIALES, CONDUCTUALES Y ENTORNO FÍSICO

Objetivo: identificar las condiciones de salud de las personas con edades entre los 50-59 años en el corregimiento de San Antonio del Pescado, Municipio de Garzón (Huila-Colombia).

Lo invitamos a participar de este cuestionario que estará guiado por los principios de confidencialidad, privacidad, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, con los cuales se garantiza la protección privada y su buen uso para fines investigativos. Agradecemos su colaboración y honestidad en las repuestas.

Nombre y Apellidos _____

Edad	50 a 54 años	55 a 59 años	Nivel del Sisben	I	II
------	--------------	--------------	------------------	---	----

Estado civil

Casado (a)	Soltero (a)	Viudo (a)	Unión libre	Otro
------------	-------------	-----------	-------------	------

Escolaridad

Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Cursos (agricultura, ganadería, etc.)				Técnico
				1	2	3	Más de 3	

V. Determinantes Personales

a) Presencia de enfermedades

1. ¿Actualmente padece alguno de los siguientes problemas de salud según percepción subjetiva?)

				Si	No
Artrosis					
Artritis					
Osteoporosis					
Diabetes					
Dengue					
Cáncer					
“Depresión”	Tristeza	Ansiedad	Estrés		
Problemas Respiratorios	Gripa	Resfriados	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OPOC)		
	Bronquitis	Asma	Neumonía		
Problemas Urinarios	Incontinencia	Próstata			
Problemas Cardio vasculares	Enfermedad cardiaca coronaria	Presión sanguínea elevada (hipertensión)	Insuficiencia cardiaca		
	Úlceras venosas	Otros			
Problemas gastrointestinales	Úlceras gástricas	Gastritis	Infecciones gástricas	Otras	
Problemas bucales u orales	Caries	Gingivitis (Inflación de las encías)	Halitosis (mal aliento)	Otras	
Otra					

Nota. Si presenta algún problema de salud responder la siguiente pregunta.

2. ¿Ha recibido información acerca de los problemas de salud que padece de alguna de las siguientes entidades?

Alcaldía local	Centro de salud	Parroquia	Otras
----------------	-----------------	-----------	-------

VI. Determinantes Sociales

a). Apoyo social formal

3. Programas gubernamentales y convenios con entidades privadas (multirespuesta)

	Entidad	Si	No
--	---------	----	----

¿En su municipio tiene acceso a subsidio económico para la adquisición de vivienda?			
¿En su municipio tiene acceso a subsidio económico para alimentación?			
¿En su municipio tiene acceso cómodo a servicios de salud?			
¿En su municipio tiene acceso a servicios de educación?			
¿Desde el municipio tiene acceso a servicios que incentiven el mejoramiento de sus producciones agrícolas?			
¿El municipio le ofrece capacitación en saneamiento ambiental?	Almacenamiento y manipulación		
	Químicos	Residuos contaminantes	Venenos

4. ¿De las siguientes organizaciones cuales realizan acciones para mejorar el bienestar de la salud en la comunidad?

	Capacitaciones	Jornadas recreativas comunitarias	Jornadas de integración y participación activa de la comunidad	Otras
Parroquia				
Junta de acción comunal				
Policía Nacional				
Centros educativos				
Cetro de salud				
Otros				

B). Apoyo social informal

5. Cuando se encuentra en alguna situación difícil recibe apoyo de: (multirespuesta)

Tipos de apoyo	Apoyo económico	Apoyo emocional	Apoyo instrumental (ayuda en trabajos)	Apoyo informativo (información requerida para solucionar situaciones difíciles)	Si	No
Hijos						
Padres						
Hermanos						
Sobrinos						
Vecinos						
Amigos						
La comunidad						
Otros						
Ninguno						

C). Sistema sanitario (atención en primaria en salud)

6. Los servicios que le ofrece su centro de salud son:

Excelentes	Buenos	Regulares	Malos
------------	--------	-----------	-------

7. Su centro de salud cubre las necesidades de:

TIEMPO	1 día después de solicitada	1 o 2 semanas	1 mes O más de 1 mes	Si	No
Citas médicas					
Citas odontológicas					
Atención de primeros auxilios					
Capacitación acerca de cuidados de la salud. (buena alimentación, hábitos saludables, etc.)	1 vez por semana	Cada mes	3 veces al año	1 vez al año	Nunca

8. ¿Qué servicios ofrece el centro de salud de su comunidad, en cuanto a promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad?

	Promoción	Prevención
Crecimiento y desarrollo		
Programas educativos para personas mayores		
Programas de control obesidad y sobrepeso		
Programa para manejo de la Diabetes		
Control prenatal		
Control hipertensos		
Otros		
No sabe		

D). Ingresos económicos

9. Sus ingresos económicos son de

Menos de \$ 50.000 mil mensuales	De \$50.000 mil a \$150.000 mil mensuales
De \$150.000 a \$250.000 mil mensuales	De \$300.000 a \$500.000 mil mensuales
De \$500.000 a \$1.000.000 mensuales	Otro valor

10. ¿A partir de sus ingresos cuánto invierte mensualmente en:

Alimentación	
Vivienda	
Salud	
Educación (hijos, nietos, otros)	
Transporte	

La finca	
Créditos	
Otros	

11. De acuerdo a la anterior pregunta, son sus ingresos económicos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas

Si _____ No _____

VII. Determinantes conductuales

E). Hábitos saludables

Hábitos Alimenticios

12. Señale con una x el consumo diario de alimentación.

Desayuno	Medias nueves	Almuerzo	Media tarde	Cena
----------	------------------	----------	-------------	------

13. Según la siguiente agrupación de alimentos, con qué **frecuencia** los consume?

	Ni una vez por semana	Una vez por semana	Dos o tres veces por semana	Más de 3 veces por semana
Cereales, raíces, tubérculos y plátanos				
Hortalizas y verduras				
Frutas				
Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales				
Lácteos (leche, queso, yogures)				
Grasas (de origen animal, pescado y de origen vegetal, aceites, manteca, margarinas)				
Dulces y azúcares				

14. ¿Consume usted alguna de estas sustancias o bebidas?

	SI	Cantidad al día	Cantidad a la semana	NO
Alcohol				
Tabaco (cigarrillos)				
Otro				

F. Actividad Física

15. Dentro de su actividad cotidiana diaria especifique cuanto tiempo dedica a cada actividad?

Actividad	Menos de 1 hora diaria	1 hora y ½ diaria	2 horas diarias	Más de 2 horas diarias
Caminata				
Caballar				
Carrera				
Desyerbar				
Recolección del café				
Procesar el café				
Otras				

VIII. Determinante entorno físico

Este ítem será resuelto por el entrevistador

16. Condiciones de la vivienda

	Si	Excelente	Buena	Regular	Pésima	No
Fuente de agua						
Conexión de energía						
Tipo de conexión sanitaria (alcantarillado)						
Pisos y material de ellos						
Paredes y material de ellas						
Eliminación de basuras						
Tipo de combustible para cocinar:						
Leña						
Gas						
Eléctrico multirespuesta						
Hacinamiento Número de personas por habitación						

APÉNDICE D

Validación del instrumento

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ, PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES

NOMBRE EVALUADOR: Elliott Alexander Osorio Vargas INSTRUMENTO EVALUADO: Cuestionario de Caracterización

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar cada uno de los reactivos del instrumento.

Favor marcar con una (X) en el ESPACIO según la evaluación que haga de cada uno de los reactivos. Sus observaciones favor colocarlas al final de la evaluación. Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

REDACCIÓN: Evalúa que la conformación del reactivo sea lógica, coherente, clara y fácil de comprender.

PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso del reactivo con relación al tema a medir.

ESTRUCTURA: Mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del reactivo.

LENGUAJE: La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.

REDACCIÓN	(1) MUY CONFUSA	(2) CONFUSA	(3) COMPRENSIBLE	(4) MUY COMPRENSIBLE
PERTINENCIA	(1) NO PERTINENTE	(2) POCO PERTINENTE	(3) PERTINENTE	(4) MUY PERTINENTE
ESTRUCTURA	(1) INADECUADA	(2) POCO ADECUADA	(3) ADECUADA	(4) MUY ADECUADA
LENGUAJE	(1) INADECUADO	(2) POCO ADECUADO	(3) ADECUADO	(4) MUY ADECUADO

CRITERIOS REACTIVOS	REDACCION				PERTINENCIA				ESTRUCTURA				LENGUAJE				OBSERVACIONES
1	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	Desde el primer encuentro de validación de documento se recomendaron ajustes iniciales en varios ítems del instrumento los cuales fueron ajustados para segunda revisión y validación. Se valida este instrumento para su aplicación cumpliendo criterios de redacción, pertinencia y comprensión. <i>[Firma]</i>
2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
6	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
7	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
11	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
12	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ, PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
FORMATO DE VALIDACION POR JUECES

NOMBRE EVALUADOR: Jessica P. Cabrera Sanchez INSTRUMENTO EVALUADO: Cuestionario Caracterización de las condiciones de salud desde los determinantes del envejecimiento
INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar cada uno de los reactivos del instrumento.
 Favor marcar con una (X) en el ESPACIO según la evaluación que haga de cada uno de los reactivos. Sus observaciones favor colocarlas al final de la evaluación.
 Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

REDACCION: Evalúa que la conformación del reactivo sea lógica, coherente, clara y fácil de comprender.
 PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso del reactivo con relación al tema a medir.
 ESTRUCTURA: Mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del reactivo.
 LENGUAJE: La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.

REDACCION	(1) MUY CONFUSA	(2) CONFUSA	(3) COMPRENSIBLE	(4) MUY COMPRENSIBLE
PERTINENCIA	(1) NO PERTINENTE	(2) POCO PERTINENTE	(3) PERTINENTE	(4) MUY PERTINENTE
ESTRUCTURA	(1) INADECUADA	(2) POCO ADECUADA	(3) ADECUADA	(4) MUY ADECUADA
LENGUAJE	(1) INADECUADO	(2) POCO ADECUADO	(3) ADECUADO	(4) MUY ADECUADO

CRITERIOS REACTIVOS	REDACCION			PERTINENCIA			ESTRUCTURA			LENGUAJE			OBSERVACIONES
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1			X			X			X			X	
2			X			X			X			X	
3			X			X			X			X	
4			X			X			X			X	
5			X			X			X			X	
6			X			X			X			X	
7			X			X			X			X	
8			X			X			X			X	
9			X			X			X			X	
10			X			X			X			X	
11			X			X			X			X	
12			X			X			X			X	