

Promoción de una alimentación saludable: experiencia en Tunja, Colombia

Healthy food promotion: experience in Tunja, Colombia

Promoção duma alimentação saudável: experiência em Tunja, Colombia

SANDRA LORENA HERRERA GIRALDO*, ADRIANA PANADER TORRES**,
LUZ MERY CÁRDENAS CÁRDENAS***, NANCY AURORA AGUDELO CELY****

Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles son una prioridad de salud pública, representan las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo y en Tunja; se estima que el consumo diario de cinco porciones de fruta y/o verdura es un factor protector que puede contribuir a la disminución de este tipo de enfermedades, no obstante, en Tunja, en la población de 15 a 44 años de edad, este consumo es insuficiente.

Objetivo: diseñar, implementar y evaluar una estrategia de intervención para incrementar la disponibilidad de verduras en una comunidad de Tunja.

Metodología: estudio cualitativo en el que se aplicaron cinco principios de la investigación basada en comunidad. Tuvo dos componentes: educativo y agricultura urbana, que se desarrollaron en cuatro fases: inserción en la comunidad, diseño, implementación y evaluación.

Resultados: se realizaron siete sesiones educativas de carácter participativo y se implementaron ocho huertas caseiras y una huerta comunitaria, aspectos que permitieron reflejar la importancia del consumo de verduras en la alimentación diaria. Se logró empoderamiento comunitario, construcción de redes sociales y visualización del rol del profesional de enfermería en el campo comunitario.

Discusión: este proyecto es un referente piloto a nivel local que contribuye a la efectividad de procesos educativos en la ciudad y en contextos similares en torno al tema de alimentación saludable.

Conclusión: la estrategia de intervención permitió incrementar la disponibilidad de verduras, empoderar a la comunidad, crear redes sociales y visualizar al profesional de enfermería en el direccionamiento y liderazgo de acciones comunitarias tendientes a promocionar estilos de vida saludables.

* Enfermera, joven investigadora, Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud en alianza con el Grupo de Investigación Municipio Saludable, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, municipio.saludable@uptc.edu.co, Tunja, Colombia.

** Enfermera, joven investigadora, Grupo de Investigación Municipio Saludable, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, municipio.saludable@uptc.edu.co, Tunja, Colombia.

*** Enfermera, investigadora Grupo de Investigación Municipio Saludable, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, correo electrónico: municipio.saludable@uptc.edu.co, Tunja, Colombia.

**** Magíster en Salud Familiar Atención Primaria, Enfermera, docente Facultad Ciencias de la Salud, investigadora – coordinadora del Grupo de Investigación Municipio Saludable, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, municipio.saludable@uptc.edu.co, Tunja, Colombia.

Palabras clave: enfermedad crónica, alimentación, agricultura urbana, educación de la población, investigación cualitativa (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Non-transmissible chronic diseases are a top priority as to public health, as they represent the main cause of disease and death worldwide, and specifically, in Tunja. Daily consumption of five servings of fruit and/or vegetables is estimated to be a protecting factor that may help decrease this kind of diseases, however, fruit and vegetable consumption in Tunja, in people aged 15 to 44 years old, proves to be insufficient.

Purpose: design, implement, and assess an intervention strategy to increase the availability of vegetables in a village of Tunja.

Methodology: qualitative study that applied the five research principles based on the community. It includes two components: educational and urban agriculture. Both components developed in four phases: insertion in the community, design, implemented and assessment.

Results: Seven participatory educational sessions were performed and eight domestic gardens and one community orchard were sowed in order to grow fruits and vegetables. These aspects will allow for reflecting the importance of eating vegetables in the daily food consumption. As a result of the research: community members were empowered, new social networks were created and the nursing professionals were given more visibility within the community.

Discussion: this project is a pilot benchmark at local level that contributes to booster effectiveness of educational processes in the city and also in similar context revolving around healthy food.

Conclusion: an intervention strategy allowed to increase the availability of vegetables, empower the community, create social networks, and make the nursing professionals visible in guiding and leading community actions geared to promote healthier life-styles.

Keywords: chronic disease, feeding, urban agriculture, population education, qualitative research.

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis são uma prioridade de saúde pública, e representam as principais causas de doença e morte no mundo e em Tunja; estima-se que o consumo diário de cinco porções de fruta e/ou verdura é um fator protetor que pode contribuir para a diminuição deste tipo de doenças, porém, em Tunja, dentro da população de 15 até 44 anos de idade, este consumo é insuficiente.

Objetivo: desenhar, implementar e avaliar uma estratégia de intervenção para incrementar a disponibilidade de verduras numa comunidade de Tunja.

Metodologia: estudo qualitativo em que foram aplicados os cinco princípios da pesquisa com base na comunidade. Inclui dois componentes: educativo e agricultura urbana, que foram desenvolvidos em quatro fases: inserção na comunidade, desenho, implementação e avaliação.

Resultados: realizaram-se sete sessões educativas de tipo participativo e implementaram-se oito hortas caseiras e uma horta comunitária. Estes aspectos permitiram refletir a importância do consumo de verduras na alimentação diária. Conseguiu-se outorgar poder à comunidade, também a construção de redes sociais e a visibilidade do papel do profissional de enfermagem no campo comunitário.

Discussão: esse projeto é um referente piloto ao nível local que contribui com a efetividade de processos educativos na cidade e em contextos semelhantes em torno ao tema da alimentação saudável.

Conclusão: a estratégia de intervenção permitiu incrementar a disponibilidade de verduras, outorgar poder à comunidade, criar redes sociais e visibilizar o profissional de enfermagem a respeito do direcionamento e da liderança de ações comunitárias voltadas à promoção de estilos de vida saudáveis.

Palavras-chave: doença crônica, alimentação, agricultura urbana, educação da população, pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la primera causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, nacional y local (1-3), constituyéndose en un problema de salud pública; la Organización Mundial de la Salud (OMS) evidenció que para el año 2001 las ECNT representaron un 60 % de los 56 millones de muertes, y un 47 % de la morbilidad en el mundo (1). En la ciudad de Tunja, para el año 2007, el 49,6 % del total de muertes se atribuyó a ECNT (4); situación que evidencia a estas patologías como un creciente y preocupante problema de salud pública que requiere alternativas de intervención eficaces y esfuerzo intersectorial que contribuya a la solución de este problema que afecta a la población.

Las ECNT se relacionan con tres factores de riesgo modificables: inactividad física, consumo de tabaco y alimentación pobre en frutas y verduras (1); la OMS estima que el consumo de cinco porciones diarias de frutas y verduras salvaría alrededor de 2,7 millones de vidas a nivel mundial (5), dada su relación con la prevención

de obesidad y sobrepeso (6). No obstante, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (Ensin, 2005) el 32 % de la población Colombiana sufre de sobrepeso y el 14 % de obesidad; esta misma encuesta también revela bajo consumo de frutas y verduras: el 27,9 % de los colombianos no consume ninguna verdura durante el día y el 35,3 % no consume ninguna fruta (7). En el departamento de Boyacá el consumo de frutas y verduras semanal no alcanza la recomendación diaria de cinco porciones planteada por la OMS (5), situación semejante se presenta en la población de 15 a 44 años de la ciudad de Tunja (8).

La evidencia científica demuestra que los comportamientos individuales se hallan influenciados por variables del entorno (9); es así que en el consumo de alimentos influyen factores culturales, sociales, económicos y geográficos (10), los cuales cobran relevancia si se piensa en una comunidad de estrato socioeconómico uno y dos con dificultad de acceso a frutas y verduras, como es el caso del Sector San Lázaro de la ciudad de Tunja, Colombia.

De otra parte, se recalca la importancia que tiene la alimentación en la niñez, etapa en la que se forman y adquieren los hábitos (11), uno de ellos el consumo de alimentos, por consiguiente, los esfuerzos de promoción de una alimentación saludable se deben enfocar a este grupo etario, teniendo en cuenta la participación del grupo familiar.

Este estudio buscó diseñar, implementar y evaluar una estrategia de intervención con el fin de incrementar la disponibilidad de verduras en hogares infantiles de bienestar familiar y familias usuarias del sector San Lázaro de la ciudad de Tunja.

METODOLOGÍA

Entre junio de 2009 a febrero de 2010 se realizó en el sector San Lázaro de la ciudad de Tunja una estrategia de intervención con el fin de incrementar la disponibilidad de verduras en hogares infantiles de Bienestar Familiar y familias usuarias de los mismos. El estudio se soportó en la investigación basada en comunidad (IBC) y la pedagogía de la autonomía. La IBC involucra la participación activa de los individuos y se utiliza en salud pública para realizar intervenciones en pro-

moción de la salud (12); busca incrementar el conocimiento y entendimiento de los fenómenos e integrar el conocimiento obtenido con las intervenciones políticas y cambios sociales para mejorar la calidad de vida de los individuos (13). Israel, Eng, Shultz y Parker propusieron nueve principios de la IBC que se aplican según las características sociales y del entorno de la comunidad (13); para este estudio se tuvieron presente cinco de estos principios, los cuales fueron: a) reconocimiento de la comunidad como unidad de identidad, mediante la identificación de su contexto socioeconómico y cultural; b) construcción sobre fortalezas y recursos de la comunidad, con el fin de reconocer y construir sobre las habilidades que existían en los participantes; c) promoción del aprendizaje colectivo y construcción de capacidad en la comunidad, proceso que promovió el intercambio recíproco de habilidades, conocimientos y capacidades en todos los miembros; d) integración y realización de un balance entre generación de conocimiento e intervención para un beneficio mutuo de todos los participantes, con el objetivo de construir conocimiento y llevarlo a la práctica, y por último, e) diseminación de los resultados y conocimientos obtenidos a todos los miembros de la comunidad participante (13).

Por su parte, la pedagogía de la autonomía fundamentada por Freire (14) plantea que en el proceso de educación, el educador y el educando comparten conocimientos y hacen una reflexión de las posibilidades de cambio de su realidad y de su mundo lo que permite relacionar la teoría con la práctica, ya que el conocimiento teorizado no solo debe quedar inmerso en la mente de la comunidad sino que debe llevarse a la práctica para que este sirva de herramienta de solución a los problemas, aspecto relevante para la educación en salud como una de las herramientas de promoción de la salud, dada la importancia de partir de los conocimientos de las comunidades y construir sobre los mismos para fortalecer aptitudes que le permitan al individuo llevar una vida sana (15). En este sentido, compartir conocimientos relacionados con alimentación, incorporación del consumo de verduras y huerta urbana como mecanismos que facilitan la disponibilidad de verduras en los hogares resulta importante toda vez que se piensa en esta como una alternativa que contribuye a la prevención de ECNT, principal problema de salud pública en la ciudad de Tunja y el departamento de Boyacá.

Participantes

En el estudio participaron 13 madres comunitarias y 6 familias usuarias de hogares de Bienestar Familiar, quienes pertenecían a estratos socioeconómicos 1 y 2 y se encontraban en un rango de edad entre los 18 a 61 años, y la mayor proporción tenía un nivel de escolaridad de secundaria. El estudio fue liderado por dos de las investigadoras. De acuerdo con las normas éticas de investigación en Colombia, este estudio se catalogó en la categoría sin riesgo, y tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes (16).

Componentes y fases del estudio

La estrategia de intervención se desarrolló teniendo en cuenta dos componentes: uno educativo, que desarrolló siete sesiones educativas, y otro de agricultura urbana, a través del cual se implementó una huerta comunitaria y ocho huertas caseras. Estos componentes se desarrollaron en cuatro fases: inserción en la comunidad, diseño, implementación y evaluación.

En la fase de inserción se hizo un reconocimiento del sector y se invitó a la comunidad a participar de forma voluntaria en el proyecto. Se efectuó una sensibilización a los participantes sobre la importancia del cuidado de la salud para la prevención de ECNT.

La fase de diseño permitió identificar los recursos de la comunidad, concertar tiempos, espacios y temas a tratar en las sesiones educativas. En la fase de implementación, el componente educativo se desarrolló por medio de siete sesiones educativas que abarcaron temas relacionados con la importancia del cuidado de la salud, alimentación saludable, prevención de ECNT y agricultura urbana, sesiones que tuvieron en cuenta los saberes populares de los participantes, la información compartida y la reflexión sobre lo aprendido. El componente de agricultura urbana se abordó aplicando los conocimientos de la comunidad y las facilitadoras referentes a la forma de cultivo, adecuación del terreno, siembra, riego, protección y cuidado de la huerta comunitaria y casera.

La fase de evaluación comprendió la retroalimentación a la estrategia durante el proceso y al finalizar el mismo. En la retroalimentación durante el proceso, la

comunidad expresó sus inquietudes y puntos de vista frente a la dinámica de cada uno de los encuentros; la retroalimentación, al finalizar la estrategia, se confeccionó mediante una entrevista guiada por las facilitadoras, la cual buscaba indagar en las participantes el significado, beneficios, desaciertos, recomendaciones y mecanismos de continuación para la estrategia de intervención.

RESULTADOS

Se presentan según las fases contempladas en la estrategia de intervención: inserción en la comunidad, diseño, implementación y evaluación.

La inserción en la comunidad y el diseño de la estrategia de intervención favorecieron el reconocimiento y construcción de identidad de la comunidad a través de mecanismos de respeto por el otro y conocimiento de su realidad social que facilitaron el trabajo en equipo, empoderamiento, liderazgo, autonomía y conformación de redes sociales. Se logró receptividad, motivación e integración de las madres comunitarias y familias usuarias de los hogares de Bienestar Familiar.

Los dos componentes —educativo y agricultura urbana— se concertaron entre la comunidad y las facilitadoras mediante mecanismos de participación en la que las madres comunitarias y familias usuarias de los hogares infantiles sustentaron su interés por temas como alimentación, nutrición, huerta comunitaria y elaboración de un recetario, lo que permitió hacer una planeación (ver tabla 1). Adicionalmente, la comunidad identificó los recursos materiales, humanos y logísticos disponibles para desarrollar la estrategia.

En la fase de implementación se desarrolló el componente educativo y se implementó una huerta comunitaria y 8 huertas caseras en las cuales se sembró productos como lechuga, cilantro, zanahoria, remolacha, cebolla cabezona y acelga. Estas actividades permitieron articular el conocimiento con la práctica, reconocer a la comunidad como protagonista de cambio de su realidad, fortalecer las capacidades de la comunidad y crear redes sociales manifestadas en lazos de amistad entre los participantes.

Tabla 1. Planeación de los dos componentes del proyecto

	N.º sesión	Nombre de la sesión
Componente educativo	1	Escuela para padres: Alimentación y nutrición
	2	¿Qué son las enfermedades crónicas no transmisibles y cómo me afecta y a mi familia?
	3	¿Cómo hacer un semillero de hortalizas?
	4	¿Cómo hacer mi huerta casera?
	5	¿Cómo cuidar nuestra huerta?
	6	Fungicidas naturales
	7	Elaboración de recetario
Componente de agricultura urbana	Actores	Planeación de los pasos a seguir para la implementación de las huertas comunitaria y casera
	Comunidad	Consecución del terreno
	Comunidad y facilitadoras	Adquisición de las semillas
	Comunidad	Obtención de herramientas para el cultivo (azadones, picas, palas)
	Comunidad y facilitadoras	Preparación del terreno
	Comunidad y facilitadoras	Siembra de las semillas
	Comunidad	Adquisición de manguera y agua para riego
	Comunidad y facilitadoras	Riego de la huerta
	Comunidad y facilitadoras	Consecución de materiales para protección de la huerta ante la presencia de animales domésticos
	Comunidad y facilitadoras	Cuidado de la huerta (deshierbe y mantenimiento)
	Facilitadoras	Preparación de fungicidas naturales
Comunidad	Huerta casera (recursos materiales)	

Fuente: resultados del estudio: Herrera S, Panader A, Cárdenas LM, Agudelo NA.

De otra parte, la fase de implementación evidenció la organización e interés de la comunidad, empoderamiento comunitario, aprendizaje colectivo e intercambio mutuo de habilidades, conocimientos y capacidades entre los participantes. Se elaboró, de manera conjunta entre participantes y facilitadoras, un recetario con preparaciones de la región, en las cuales se podrían utilizar los productos cultivados en la huerta comunitaria y caseras.

En la fase de evaluación, la retroalimentación de la comunidad durante el proceso de implementación de la estrategia de intervención reflejó una metodología que respetó el saber popular de la comunidad, permitió el aprendizaje mutuo y la autorregulación de la asistencia de los participantes a las diferentes sesiones desarrolladas.

A su vez, la integración del componente educativo con el de agricultura urbana motivó a los participantes y favoreció el desarrollo de la estrategia, pues admitió la interrelación teórica-práctica, favoreciendo la apropiación del conocimiento relacionado con la importancia del consumo de verduras en la alimentación diaria como factor protector de ECNT.

La retroalimentación al final del proyecto permitió conocer el significado, beneficios, desaciertos, recomendaciones y mecanismos de continuación de la estrategia. En cuanto al significado, la estrategia permitió a los participantes compartir conocimientos, formar y reforzar lazos de amistad, aspecto relevante que motivó la participación en las sesiones tanto del componente educativo como de agricultura urbana.

En lo referente a los beneficios de la estrategia de intervención, uno de ellos fue la contribución al aprendizaje sobre el consumo de verduras y la apropiación del conocimiento, convirtiendo a los participantes en difusores del mismo en sus familias y comunidades. Otro de los beneficios manifestados se relacionó con la aplicación de los principios de la agricultura urbana en la implementación de huerta comunitaria y casera en las que se emplean elementos no perjudiciales para la salud, de bajo costo y fácil realización. Además, según lo expresaron los participantes, la huerta comunitaria y casera se convierte en una opción para ocupar el tiempo libre, disminuir el estrés luego de una ardua jornada laboral, trabajar en equipo, y a futuro, obtener recursos económicos, viendo en esta una alternativa de microempresa

familiar y comunitaria que les permite intercambiar y vender verduras.

Como desacierto del proyecto se percibió que para la implementación de la huerta comunitaria se requiere de un terreno propio a cargo de los participantes que les brinde el tiempo suficiente para la maduración y cosecha de todos los productos y realizar un proceso de resiembra. Lo anterior, dado que para la implementación de la huerta comunitaria, los participantes utilizaron un terreno en calidad de arriendo, cuya duración no fue suficiente amplia para realizar los procesos anteriormente descritos.

Las recomendaciones dadas por los participantes al finalizar el proyecto se dirigieron hacia ellos mismos, como agentes que deberían asegurar la continuidad de la estrategia y convertirse en difusores de los procesos desarrollados, situación que refleja el empoderamiento comunitario. A su vez, la continuidad de la estrategia de intervención se enmarcó en la necesidad de implementar la misma en otros sectores de la ciudad bajo lineamientos y cooperación interinstitucional a nivel del municipio, aspecto que involucra el objetivo de la IBC al integrar el conocimiento obtenido con la necesidad de intervenciones políticas y cambios sociales con el fin de promover la salud de la comunidad.

DISCUSIÓN

Con este estudio se buscaba diseñar, implementar y evaluar una estrategia de intervención para incrementar la disponibilidad de verduras en hogares infantiles de Bienestar Familiar y familias usuarias de un sector de la ciudad de Tunja; su relevancia radica en la necesidad de este tipo de estudios como referente piloto a nivel local que contribuya a generar evidencia en torno a acciones comunitarias conducentes a la promoción de hábitos saludables como mecanismo de prevención de ECNT. La utilización de este tipo de estrategias puede contribuir a una mayor efectividad de los procesos educativos en la ciudad y contextos similares en torno al tema de alimentación saludable.

Uno de los aspectos sobresalientes de esta estrategia de intervención fue la aplicación de referentes como la IBC (12) y la pedagogía de la autonomía (14) que promueven la participación de las personas y las hace protagonistas, generando un proceso de empoderamiento que

ayuda a la toma de decisiones efectivas para favorecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De manera general, la implementación de esta estrategia condujo a concluir que a través de los componentes educativo y de agricultura urbana se logró articular el conocimiento con la práctica aplicando los fundamentos de la IBC y la pedagogía de la autonomía; evidenciar otras formas de promoción de estilos de vida saludables, en este caso, la alimentación; favorecer el reconocimiento de la realidad social y empoderar a la comunidad; construir capacidades y redes sociales en los participantes y visualizar en el profesional de enfermería formas de cuidado desde y con las comunidades a favor de la promoción de la salud.

El reconocimiento de la realidad social, el respeto por el otro y la articulación del conocimiento con la práctica mediante un diálogo de saberes entre los participantes y las facilitadoras fueron herramientas que incentivaron la participación activa de la comunidad durante la implementación de la estrategia; Freire argumentó que los mecanismos a través de los cuales se reconoce la realidad y se incentiva el intercambio de conocimientos logran procesos de cambio en la comunidad puesto que los conceptos teóricos deben complementarse con la práctica (14). Esto cobra importancia en la ciudad de Tunja si se tiene en cuenta que las estrategias utilizadas en promoción de la salud en los últimos tiempos se han centrado especialmente en el enfoque informativo, que muchas veces desconoce la realidad de las comunidades.

Con el uso de este tipo de estrategias se encuentra una nueva alternativa para promocionar estilos de vida saludables; Jaramillo, afirmó que las estrategias de prevención deben fundamentarse en la comunidad para garantizar su efectividad (17); en este sentido, el fomento de una alimentación saludable y reconocimiento de la importancia de incluir verduras en la dieta diaria permitieron a la comunidad participar activamente tanto en el componente educativo como en el de agricultura urbana, situación que demuestra una visión de cuidado y mantenimiento de la salud bajo un enfoque de promoción de la salud que involucra habilidades personales, empoderamiento comunitario y favorecimiento de espacios de participación (15).

En consecuencia, concedores del problema de ECNT en la ciudad de Tunja, se hace necesario reorientar los programas dirigidos al mejoramiento de la salud

de las comunidades, por medio de estrategias de intervención fundamentadas en la participación de la comunidad; frente a esto, el estudio “Tú Vales”, que buscó promover el consumo de frutas y verduras y la actividad física en una comunidad de la ciudad de Bogotá, aporta elementos para resolver la demanda de acciones relacionadas con las dinámicas sociales, condiciones crónicas y la promoción de la salud; enfatiza en la necesidad de promover condiciones de calidad de vida que apoyen los comportamientos individuales y, por ende, trascienden en el nivel informativo (18).

El reconocimiento de la realidad social como uno de los resultados de esta estrategia evidenció potenciales de trabajo en equipo, fortalezas, habilidades y recursos de las participantes, y brindó un espacio para propiciar una retroalimentación reflexiva sobre cada conocimiento compartido, y permitió llevar a la práctica el conocimiento construido, con el fin de formar una comunidad autónoma y participe en la solución de sus problemas. Este proceso evidencia que la realidad es un factor influyente en la participación y transformación del contexto social de un individuo o comunidad, Bagú (19) estipuló que este tipo de procesos permite el desarrollo de las capacidades de las personas mucho más amplio del que normalmente se espera. En este contexto, el desarrollo de este tipo de estrategias permitirá a los habitantes de la ciudad de Tunja crear habilidades y capacidades que aumenten sus conocimientos y facilitará el reconocerse a sí mismos en un contexto social en constante cambio.

El empoderamiento de los participantes en la estrategia de intervención fue un proceso cultivado poco a poco en el transcurso del proyecto; la Quinta Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud, realizada en México, en el 2000, establece que el empoderamiento comunitario involucra a las personas de un colectivo para que ganen una mayor influencia, poder de decisión y control sobre los determinantes de la salud y calidad de vida en beneficio de todos (20); de esta manera, los participantes evidenciaron el liderazgo, distintas habilidades y conocimientos que los llevó a culminar el proyecto satisfactoriamente y proponer su continuación y replicación tanto en su comunidad como en los demás sectores de la ciudad. Lo anterior vislumbra la necesidad de empoderar a la comunidad tunjana y conducirla en un proceso que les permita participar activamente en la toma de decisiones que benefician su salud.

En la construcción de capacidad y redes sociales se tuvo presentes los conocimientos, la cultura y valores de la comunidad. La construcción de capacidad reconoció habilidades y fortalezas como el liderazgo y compromiso de los participantes en el desarrollo de la estrategia de intervención, lo que facilitó la identificación de problemas y nuevas necesidades en salud. La construcción y reforzamiento de redes sociales propició la interacción entre los participantes, acorde con Abello, Mandariaga y Hoyos (21), las redes sociales se convierten en un mecanismo de interacción que potencializan las capacidades de las comunidades logrando un mejor desarrollo social y humano, enfocado a la solución de los problemas de los individuos de forma directa, aspecto relevante para un sector de bajo estrato socioeconómico y con problemas de tipo social que requieren la creación de redes entre sus habitantes que se orienten a promover oportunidades para la interacción, la comunicación y el desarrollo.

Este estudio visualiza en el profesional de enfermería formas de cuidado desde y con las comunidades a favor de la promoción de la salud, permite el reconocimiento de necesidades colectivas e implementación de alternativas de solución. El aporte a la profesión de Enfermería se centra en el enriquecimiento de sus diversos campos de acción, uno de ellos la salud pública, el cual requiere que se continúe explorando desde el enfoque de determinación social de la salud.

Por un lado, es importante aclarar que la implementación de estas estrategias depende del proceso de liderazgo y autonomía desarrolladas por los participantes y de las relaciones equitativas entre la comunidad y facilitadores que inciten el intercambio de conocimientos y la generación de nuevas capacidades, fortalezas, las cuales se identificaron en el transcurso de la implementación de la estrategia e hicieron posible su desarrollo.

Por otro lado, es necesario vincular la totalidad del núcleo familiar, en especial al género masculino, en este tipo de estrategias, que faciliten la potenciación de las comunidades en habilidades y destrezas que las hagan autónomas, líderes, y las apropien de su realidad para que puedan satisfacer sus necesidades con los recursos que encuentran a su alcance.

Futuros estudios deberán orientarse a evaluar el cambio en el consumo de verduras en la comunidad, posterior a este tipo de proyectos; fortalecer estrategias de intervención, fundamentadas en la participación de

la comunidad que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, y generen soluciones desde los distintos contextos sociales y culturales, espacio crucial para el liderazgo del profesional de Enfermería.

CONCLUSIÓN

La estrategia de intervención para incrementar la disponibilidad de verduras en hogares infantiles de Bienestar Familiar y familias usuarias del sector de San Lázaro de la ciudad de Tunja, basada en la comunidad y la pedagogía de la autonomía, permitió articular el conocimiento con la práctica, empoderar a la comunidad, construir capacidad y redes sociales en los participantes y evidenciar el rol del profesional de enfermería en el campo comunitario tras el liderazgo de este tipo de acciones conducentes al cuidado de la salud y la vida de los colectivos humanos y, específicamente, en la importancia de consumo de verduras como factor protector de ECNT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- (2) Ministerio de la Protección Social. Situación de salud en Colombia indicadores básicos: 2007. [Internet] [consultado julio 4 de 2009]. En: www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3.
- (3) Secretaría de Salud de Boyacá. Boletín Epidemiológico de Boyacá 2007. Tunja: Imprenta Muisca; 2007.
- (4) Empresa Social del Estado Santiago de Tunja. Boletín Epidemiológico 2008. Tunja: Empresa Social del Estado Santiago de Tunja; 2008.
- (5) Organización Mundial de la Salud (OMS). Simposio para ampliar la iniciativa "cinco al día" de promoción del consumo de frutas y verduras. 2003. [Internet] [consultado julio 21 de 2009]. En: www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr1/es/index.html.
- (6) Congreso Nacional. Ley 1335 de 2009. Bogotá D.C.: Diario Oficial; 2009.
- (7) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, 2005. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
- (8) Secretaría de Salud de Boyacá. ¿Tenemos un estilo de vida saludable los boyacenses? Tunja: Secretaría de Salud de Boyacá; 2007.

- (9) Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. Shaping the Context of Health: a Review of Environmental and Policy Approaches in the Prevention in Chronic Diseases. *Annu. Rev. Public Health.* 2006; 27: 341-370.
- (10) Restrepo SL, Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar: un acercamiento a la cotidianidad. *Medellín. Rev. Bol. antrop.* 2005; 19(36): 127-148.
- (11) Ministerio de sanidad y consumo. La alimentación de tus niños: nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Madrid. 2005. [Internet] [consultado julio 10 de 2009] En: www.princast.es/salud/prevenciones/nut_dep/alimentninos.pdf.
- (12) Blumenthal D, Diclemente R. *Community-based Health Research. Issues and Methods.* New York: Springer publishing company; 2004.
- (13) Israel BA, Eng E., Schulz AJ, Parker EA. *Methods in Community-based Participatory Research for Health.* San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2005.
- (14) Freire P. Pedagogía de la autonomía, 2004. [Internet]. [Consultado febrero 2 de 2010]. En: www.paulofreire.org.pe/documentos/defreire/autonomia.doc.
- (15) (OMS) Organización Mundial de la Salud. I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. Canadá: Organización Mundial de la Salud; 1986.
- (16) Ministro de Salud. Resolución 8430 de 1993. Bogotá, D. C.: Diario Oficial; 1993.
- (17) Jaramillo N, Jaramillo C. Estrategia educativa novedosa en la prevención de factores de riesgo cardiovascular gracias a la alianza de programas estatales y la iniciativa universitaria. *Bogotá. Rev. Colomb. Cardiol.* 2009; 16(1): 19-28.
- (18) Lucumí DI, Sarmiento OL, Forero R, Gómez LF, Espinosa G. Community intervention to Promote Consumption of Fruits and Vegetables, Smoke-free homes, and Physical Activity among Home Caregivers in Bogotá, Colombia. *Prev. Chronic Dis.* 2006; 3(4): A120.
- (19) Bagu S. *Tiempo, realidad social y conocimiento.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005: 217.
- (20) Restrepo HE. Incremento de la Capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. En: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; México 2000 Jun 5-9 [Internet] [consultado febrero 13 de 2010]. En: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/full-texts/0576.pdf>.
- (21) Abello LR, Mandariaga OC, Hoyos OL. Redes Sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Rev. Latinoam. psicol.* 1996; 4: 73-80.