



Disponible en www.sciencedirect.com

Acta de Investigación Psicológica Psychological Research Records

Acta de Investigación Psicológica 7 (2017) 2647–2657

www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/



Original

El cuidado de la salud como semilla para el desarrollo: experiencia de un programa basado en habilidades para la vida y reducción de barreras psicosociales

Health care as a seed for development: Experience of a like skills and psychosocial barrier reduction based program

Georgina García Rodríguez^{a,b,*}, Martha Edith Givaduan Moreno^b,
Maricarmen Ramírez Hernández^b, Edna Itzel Valdez Arellano^b y Susan Pick Steiner^{a,b}

^a Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

^b Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población A. C. (IMIFAP), Ciudad de México, México

Recibido el 22 de septiembre de 2016; aceptado el 13 de junio de 2017

Disponible en Internet el 14 de octubre de 2017

Resumen

Alrededor del 75% de los habitantes de Metlatónoc, Guerrero, viven en pobreza extrema (ENSANUT, 2012), lo que aumenta sus probabilidades de padecer problemas de salud, fundamentalmente en materias de higiene y nutrición. Para proporcionar a esta población herramientas que mejoren el control sobre la toma de decisiones que afectan su salud y prevenir enfermedades, se implementó un programa comunitario basado en habilidades para la vida y en el Marco para Facilitar el Empoderamiento Intrínseco (Pick y Sirkin, 2010). Se impartió un taller para formar a 35 promotores, quienes lo replicaron con la población meta siguiendo una metodología participativa y vivencial, llegando a 4,728 personas —casi todas mujeres—. Para evaluar el efecto del programa se aplicó un cuestionario de autorreporte; con los promotores se utilizó un diseño longitudinal: pre, post y seguimiento, y con la población meta un diseño pre-post con grupo control. Se encontraron efectos favorables y significativos en gran parte de las variables evaluadas (conocimientos, actitudes y conductas meta, habilidades para la vida, barreras psicosociales, agencia personal y empoderamiento intrínseco), en ambos tipos de participantes. Los hallazgos se discuten a la luz de su contribución para disminuir la vulnerabilidad de las personas y potenciar su desarrollo.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: Habilidades para la vida; Barreras psicosociales; Salud; Higiene; México

Abstract

About 75% of the population of Metlatónoc, Guerrero, México, lives in extreme poverty (ENSANUT, 2012), which increases the probability of having health problems, regarding their hygiene and nutrition. In order to facilitate tools which can allow this population to improve their control over their decisions with respect to their health and disease prevention, a community-based program based on life skills and the Framework for Enabling Intrinsic Empowerment (Pick y Sirkin, 2010) was implemented.

* Autor para correspondencia. Málaga 25, Col. Insurgentes Mixcoac,
Del. Benito Juárez, Ciudad de México. Tel.: +52 (55) 5598 5673.

Correo electrónico: gina.garcia.rodriguez@gmail.com (G. García Rodríguez).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Thirty five promoters were trained through an experiential workshop, who replicated it with 4,728 people —mostly women—. To evaluate the program effect, a self-report questionnaire was applied; a longitudinal design (pre, post and follow-up) was used with the promoters and a pre-post with control group with the target population. With both groups, positive statistically significant effects were found in most of the variables: knowledge, attitudes and target behaviors, life skills, psychosocial barriers, personal agency and intrinsic empowerment. Findings are discussed in light of their contribution to diminish the vulnerability of this population, and strengthen their potential for development.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Life skills; Psychosocial barriers; Health; Hygiene; Mexico

La pobreza es el principal enemigo de la salud (Annan, 2001). Según la Organización Mundial de la Salud, la pobreza es la principal razón por la que se deja de vacunar no solo a los lactantes menores y mayores, sino que también limita la atención de las mujeres embarazadas, el acceso al agua potable y a los sistemas de eliminación de excretas, repercute en el abasto de medicamentos y otros tratamientos terapéuticos, y está asociada a las muertes perinatales; la pobreza es también el principal factor que contribuye a la enfermedad mental, al estrés, al suicidio, a la desintegración familiar y al consumo de drogas. Por todo ello, la pobreza es la causa primordial de las desventajas y discapacidades, de la reducción de la esperanza de vida y, finalmente, es causa directa de la muerte por hambre de millones de seres humanos (Gordon, 2004, cit. en Hamui, Irigoyen, Gómez y Fernández, 2006).

Para el 2014 el porcentaje de pobreza en México ascendió al 46.2%, lo que se traduce en 55.3 millones de personas viviendo bajo esa condición, con un promedio de 2.3 carencias sociales¹. En cuanto a la pobreza extrema, el porcentaje fue del 9.5%, lo que representa 11.4 millones de personas viviendo con 3.6 carencias en promedio (CONEVAL, 2015). Respecto de las 32 entidades del país, Guerrero ocupó la segunda posición en el porcentaje de población en pobreza y en pobreza extrema (CONEVAL, 2015). En 2015, del total de la población que habitaba en la entidad, el 65.2% se encontraba en situación de pobreza, lo que equivale aproximadamente a 2.3 millones de personas, con un promedio de carencias por persona de 3.0, lo que coloca a Guerrero en un grado de rezago social muy alto (SEDESOL, 2017). Dentro de

esta entidad, Metlatónoc fue uno de los 11 municipios seleccionados en la primera etapa de la Cruzada Nacional Contra el Hambre por sus altos índices de pobreza extrema, así como por el número de personas en esta condición y de personas con carencia de acceso a alimentación. En este municipio habitan 15,255 personas, de las cuales el 77% viven en pobreza extrema, el 58.7% carecen de acceso a la alimentación y el 48.5% sufren ambas condiciones (CONEVAL, 2014).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), Guerrero sobrepasa la prevalencia nacional de enfermedad diarreica aguda (EDA) en los menores de 5 años (15.5% vs. 11.0%, respectivamente) y la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 10 años (48.7% vs 41.0%, respectivamente), las dos principales causas de muerte infantil a nivel global (Lui et al., 2000, cit. en Biran et al., 2014). Esto puede explicarse por las carencias sociales de la entidad, fundamentalmente en materia de acceso a servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación y acceso a los servicios de salud², situación que genera condiciones precarias, poco higiénicas e insalubres, así como carencias nutricionales en sus habitantes, aumentando su vulnerabilidad a padecer problemas de salud que difícilmente pueden atender de manera oportuna y eficaz. Tal como afirman Morán, Sen y Brundtland (Pick y Sirkin, 2010), los efectos negativos de la pobreza y la falta de oportunidades se acumulan a través de las generaciones y afectan varios aspectos de la vida, a niveles individual y comunitario, entre los que destacan: la salud física y psicológica, la educación y las finanzas.

¹ Junto con el ingreso de los hogares, las carencias sociales son una de las dos dimensiones que se utilizan para medir la pobreza, según lo estipula la Ley General de Desarrollo Social. Dichas carencias son: educación, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación y de cohesión social (CONEVAL, 2015).

² En 2012, la población de Guerrero con carencia por acceso a los servicios de salud fue del 25.4%. En cuanto a los materiales de las viviendas, el 9.1% de los hogares tenían piso de tierra (cifra mayor a la nacional del 3.2%) y el 2.6% no contaban con energía eléctrica; el 35.3% de las viviendas no contaban con un cuarto exclusivo para cocina (15.7% en el nacional) y el 38.7% utilizaban un combustible para cocina diferente a gas o electricidad (13.7% a nivel nacional) (CONEVAL, 2014).

El desarrollo de habilidades para la vida ha sido pilar de numerosos programas de educación para la salud a nivel mundial, tanto escolarizados como comunitarios e institucionales, ya que —como la Organización Mundial de la Salud resalta— las habilidades psicosociales «contribuyen a la promoción del desarrollo personal y social, a la prevención de problemas sociales y de salud, y a la protección de los derechos humanos» (WHO, 1999, p. i). Las habilidades para la vida son aquellas habilidades necesarias para un funcionamiento adaptativo y positivo, y que permiten a los individuos enfrentar de manera efectiva las demandas y retos de la vida diaria en diferentes contextos; las habilidades para la vida comprenden una serie de competencias psicosociales que pueden dirigirse hacia acciones personales, hacia acciones para los demás o hacia acciones para cambiar el medio ambiente en aras de mejorar la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social (WHO, 2003). Entre las habilidades para la vida destacan las siguientes: a) toma de decisiones y resolución de problemas; b) pensamiento creativo y pensamiento crítico; c) comunicación y habilidades interpersonales; d) autoconocimiento y empatía, e) manejo de emociones y manejo de estrés (WHO, 1999). Las habilidades para la vida contribuyen al cuidado de la salud, a la autorrealización, al éxito —personal y profesional—, al buen funcionamiento social y al cuidado del medio ambiente (Dohmen, 1996; Ouane, 2002; OCDE, cit. en WHO, 2003).

Las iniciativas que promueven las habilidades para la vida han demostrado actuar como factor protector de diversas conductas de riesgo en poblaciones infantiles, juveniles y adultas (p. ej., hábitos alimenticios nocivos, consumo de sustancias adictivas, relaciones sexuales desprotegidas, comportamiento violento), propiciando la adopción de conductas saludables (Pick y Sirkin, 2010) que a la larga se convierten en estilos de vida saludables. Al promover la salud, la práctica constante de las habilidades para la vida en diferentes contextos (familia, trabajo, escuela, calle) disminuye la vulnerabilidad de las personas a lo largo de su ciclo vital, lo que les permite aprovechar mejor las oportunidades —educativas, laborales, recreativas, vinculares, etc.— que se les presentan (e incluso crearlas), y mejorar su calidad de vida, pudiendo así evitar, disminuir o salir de la condición de pobreza.

El programa «Yo quiero, yo puedo... cuidar mi salud y prevenir enfermedades en mi comunidad» tiene como finalidad promover la adopción de actitudes y conductas saludables. El programa se fundamenta en el Marco para Desarrollar el Empoderamiento (FrEE, por sus siglas en inglés; Pick y Sirkin, 2010), en el que se postula que

el desarrollo de habilidades para la vida (definidas anteriormente y entre las que destacan: autoconocimiento, comunicación asertiva, empatía, expresión y manejo de emociones, pensamiento crítico y toma de decisiones), junto con la reducción de barreras psicosociales (limitaciones personales que constriñen las elecciones y acciones, limitando el acceso a oportunidades e inhibiendo el desarrollo individual y el comunitario, tales como pena, miedo, culpa, prejuicios y resentimientos) y la adquisición de conocimientos específicos (contenido informativo, nuevo y útil o relevante, sobre uno o varios temas, en este caso sobre higiene, nutrición y salud), sientan las bases para lograr el cambio de actitudes y conductas que derivan en que las personas tengan un mayor control sobre su vida en general y su salud, en particular. Estos cambios fortalecen la agencia personal (capacidad para asumir el control y la responsabilidad de las propias acciones) y el empoderamiento intrínseco de las personas (capacidad para utilizar los recursos propios para mejorar las condiciones del entorno), de manera que se logran cambios sostenibles a nivel individual, familiar y comunitario (Pick y Sirkin, 2010) (fig. 1). El programa se instrumenta mediante una metodología de educación grupal y participativa, a través de talleres en los que se llevan a cabo técnicas vivenciales y lúdicas que propician la reflexión individual, el intercambio de experiencias y la construcción colectiva de alternativas; el uso de este tipo de metodología es congruente con el carácter colectivista de la sociedad mexicana (Díaz Loving y Draguns, 1999), lo que hace de este programa una iniciativa culturalmente sensible y pertinente.

Con la finalidad de fortalecer en los habitantes de Metlatónoc, Guerrero, las herramientas que les permitan tener un mayor control sobre las decisiones que afectan su salud, se instrumentó el programa «Yo quiero, yo puedo... cuidar mi salud y prevenir enfermedades en mi comunidad». Este artículo muestra la metodología y los resultados de la evaluación del mismo, partiendo de la hipótesis de que dicho programa incidirá favorablemente en las variables (componentes conceptuales) del FrEE.

Método

Procedimiento

El programa «Yo quiero, yo puedo... cuidar mi salud y prevenir enfermedades en mi comunidad» fue implementado por Yo Quiero Yo Puedo-IMIFAP A. C., con recursos financieros del Programa de Inclusión Social (PROSPERA), el compromiso de su personal directivo y la cercana colaboración de los promotores

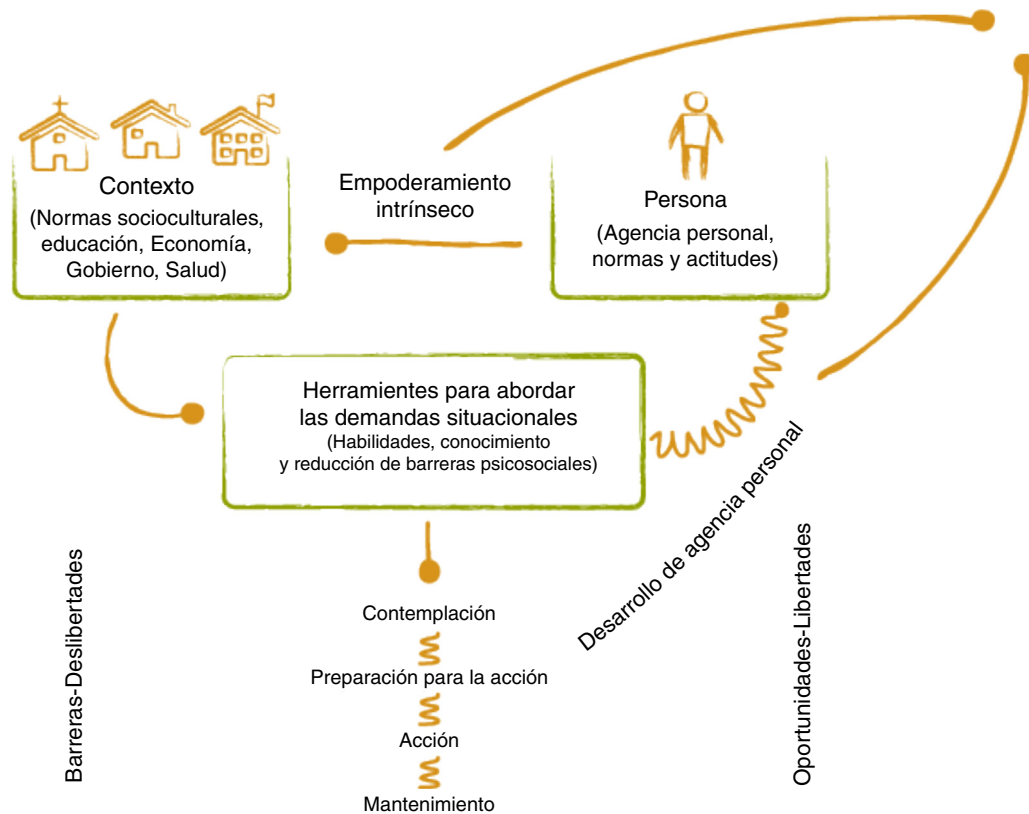


Figura 1. Marco para Facilitar el Empoderamiento (Pick y Sirkin, 2010).

comunitarios (i. e. responsables de atención) de la región, quienes trabajaron a tiempo completo y con dedicación exclusiva a esta iniciativa. El programa se desarrolló en las siguientes fases.

Fase 1. Diseño y planeación: se elaboraron materiales didácticos (manual de formación y de réplica, y anexos y tarjetas didácticas) y de evaluación (cuestionarios de autorreporte y guía de acompañamiento para monitoreo), y se planeó la logística de implementación junto con los promotores.

Fase 2.1. Formación de promotores comunitarios: se llevó a cabo un taller de 40 h (5 sesiones de 8 h) en el que se formó a 35 promotores de PROSPERA, a quienes se entregó el material didáctico necesario para la réplica.

Fase 2.2. Réplica con población meta: 29 de los promotores formados replicaron el taller en 66 localidades de Metlatónoc, en una versión de 15 h (5 sesiones de 3 h), con un total de 4,728 personas; estos talleres se llevaron a cabo en el marco de las actividades comunitarias de PROSPERA. Durante las sesiones de réplica, los promotores recibieron visitas de acompañamiento para

monitorear la adecuada implementación del programa y retroalimentar su labor.

Diseño

Para la evaluación de los promotores se utilizó un diseño longitudinal con tres mediciones, 1) pre: antes del taller de formación; 2) post: al término del taller, y 3) seguimiento: al cierre de las actividades del proyecto, alrededor de 2 meses después del taller. Para evaluar a la población meta se optó por un diseño pre-post con grupo control; la aplicación pre se realizó al inicio de los talleres de réplica, y la post al término de estos (aproximadamente 2 meses después).

La variable independiente estuvo constituida por el programa (taller de formación para promotores y sesiones de réplica para población meta), mientras que las variables dependientes fueron: a) conocimientos, actitudes y conductas asociadas a los temas del programa, y b) habilidades para la vida, barreras psicosociales, agencia personal y empoderamiento intrínseco. En el caso de los

promotores se contemplaron también: c) conocimientos sobre facilitación grupal, y d) actitudes hacia su rol en la promoción del desarrollo comunitario.

Participantes

La evaluación de la fase 2.1 del programa incluyó a todos los promotores que participaron en el taller de formación³. En total se aplicaron 102 cuestionarios: 35 pre, 35 post y 32 de seguimiento. El 60% de los promotores eran varones y el 40% mujeres⁴, con una edad promedio de 28.9 años, en un rango de 21 a 52 años. El 48.6% tenían una licenciatura, el 2.9% una carrera técnica y el 48.6% habían terminado la preparatoria/bachillerato. El 45.7% de los participantes eran solteros, el 34.3% casados, el 14.3% vivían en unión libre y el 5.7% estaban divorciados/separados.

En la evaluación de la fase 2.2 del programa, participó una muestra intencional de las personas que asistieron a los talleres de réplica en Metlatónoc (grupo experimental) y una muestra intencional de habitantes de Cochoapa el Grande que no participaron en el programa (grupo control)⁵. Tanto en el grupo control como en el experimental, se utilizó un muestreo intencional considerando los siguientes criterios de inclusión: 1) personas de entre 18 y 60 años; 2) que hablaran y comprendieran español en un nivel básico⁶, independientemente de que su lengua materna fuera otra (en este caso, mixteco o alguna de sus variantes), y 3) que tuvieran disposición y tiempo

para responder el cuestionario. Cabe señalar que dentro del grupo experimental, se recolectaron datos de la población meta atendida por los 29 promotores que replicaron el programa; específicamente, en cada grupo de trabajo de los 29 promotores, se evaluó a un promedio de 9 personas. Se aplicaron un total de 680 cuestionarios (14% del total de participantes del programa): 146 controles (73 pre y 73 post) y 534 experimentales (256 pre y 278 post); en el grupo experimental, los datos se recolectaron en 41 localidades del municipio de Metlatónoc, y en el control en 5 localidades del municipio de Cochoapa. La inmensa mayoría de los participantes fueron mujeres⁷ (100% en el grupo experimental y 98.3% en el control), con una edad promedio de 30 años, en un rango de 18 a 59; el 48.5% contaban con estudios de primaria⁸, el mixteco era la lengua materna de la gran mayoría (86.4%) y el 51% vivían en unión libre. En promedio, estas mujeres tenían 3.2 hijos, en un rango de 0 a 12.

Instrumentos

Para la evaluación de ambas fases del programa, la recolección de datos se hizo mediante la aplicación de un cuestionario cerrado de autoinforme, en formato de lápiz y papel, el cual fue elaborado específicamente para dicho fin con base en los materiales didácticos y el FrEE —del que se desprenden las variables independientes ya señaladas—. En el caso de los promotores, la aplicación se hizo de manera grupal, mientras que en la población meta se hizo individualmente a manera de entrevista. El cuestionario de promotores contiene 83 preguntas y el de la población meta 68; ambos tienen una confiabilidad por consistencia interna alta (total), con alfas de Cronbach de 0.869 y 0.858, respectivamente (sin embargo, en ambos cuestionarios hay varios factores con confiabilidades por debajo de lo deseado). La aplicación del cuestionario se llevó a cabo de manera informada, voluntaria y anónima, con apego a los criterios éticos de la investigación en ciencias sociales. En las [tablas 1 y 2](#) se muestran las características del cuestionario para promotores y población meta, respectivamente.

Análisis

Con los promotores, se llevaron a cabo ANOVA unifactoriales intrasujetos, con el tiempo (mediciones

³ Cabe mencionar que los promotores fueron elegidos y contratados por PROSPERA (bajo criterios que se desconocen), específicamente para la implementación de esta iniciativa; se desconocen los criterios que para dicha selección se siguieron pero se sabe que son habitantes de la región.

⁴ Nota aclaratoria: el uso de un lenguaje que no discrimine ni reproduzca esquemas discriminatorios entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra organización, sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas acerca de la manera de hacerlo en español. En tal sentido, y para evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a; los/las y otras formas sensibles al género con el fin de marcar la presencia de ambos sexos, hemos optado por usar la forma masculina en su tradicional acepción genérica, en el entendido que es de utilidad para hacer referencia tanto a hombres como a mujeres sin evitar la potencial ambigüedad que se derivaría de la opción de usar cualesquiera de las formas de modo genérico.

⁵ Según datos del [Gobierno del Estado de Guerrero \(2017\)](#) y de [SEDESOL \(2013\)](#), Cochoapa el Grande es un municipio que cuenta con características sociodemográficas muy similares a Metlatónoc, en términos de población (casi 19,000 habitantes), nivel de marginación y rezago (muy alto) y presencia indígena (más del 75% de su población habla una lengua indígena); ambos pertenecen a la región de La Montaña, son municipios rurales vecinos y forman parte de las Zonas de Atención Prioritaria y de la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

⁶ Con base en el juicio de los promotores.

⁷ Razón por la que en este documento se utiliza el femenino al hablar de las personas que participaron en la evaluación de los talleres de réplica.

⁸ «Estudios de primaria» no implica que las participantes hayan terminado la primaria, sino que cursaron al menos un año en este nivel.

Tabla 1

Características del cuestionario y nivel de desempeño promedio de los promotores, por momento de medición

Variable/Factor	Número de ítems	Escala de respuesta	Alfa de Chronbach	Momento		
				Pre (n = 35)	Post (n = 35)	Seguimiento (n = 32)
<i>Habilidades para la vida</i>	10	Likert de 4 puntos: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) de acuerdo, y (4) totalmente de acuerdo	0.766	80	82.5	82.5
<i>Barreras psicosociales</i>	4		0.704	35	35	32.5
<i>Conocimientos</i>						
Higiene personal	3	Nominal con tres opciones: (1) sí; (2) no, y (3) no sé	0.166	91	91	98
Alimentación saludable	7		0.134	49*	62*	58
Atención de la salud	4		-0.020	23*	29	38*
Creación/mantenimiento de huertos	1		NA	31	51	59
Facilitación grupal	5		0.449	48*	63*	59
<i>Actitudes</i>						
Hacia la prevención	8	Likert de 4 puntos: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) de acuerdo, y (4) totalmente de acuerdo	0.747	77.5*	85	87.5*
Hacia su rol en el desarrollo comunitario	5		0.862	82.5*	90*	90*
<i>Conductas</i>						
Higiene personal	6	Likert de 4 puntos: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) de acuerdo, y (4) totalmente de acuerdo	0.599	92.5	92.5	95
Limpieza del hogar	9		0.751	87.5	85	90
Alimentación saludable	6		0.606	67.5*	72.5	77.5*
Atención a la salud	3		-0.067	57.5*	65	67.5*
Creación/mantenimiento de huertos	2		0.647	42.5*	52.5	60*
<i>Agencia personal y empoderamiento intrínseco</i>	5		0.814	67.5*	77.5	82.5*

En cursiva se resaltan los cambios estadísticamente significativos.

NA: no aplica.

* $p \geq 0.05$.

pre, post y seguimiento) como variable independiente, y pruebas *post hoc* de Tuckey, a fin de detectar los efectos asociados al programa (taller de formación). Cabe señalar que debido a la pérdida de 3 sujetos en la medición de seguimiento, en los análisis solo se incluyeron 32 casos (de quienes se tienen las tres mediciones). Con la población meta, se realizaron ANOVA bifactoriales mixtos, con la participación en el programa (sesiones de réplica) como variable independiente intersujetos y el tiempo como variable independiente intrasujetos; estos análisis permiten detectar los efectos (simples) del

momento y del grupo, así como los efectos de la interacción entre momento y grupo —estos últimos asociados al efecto del programa—.

Resultados

Efecto del programa en los promotores comunitarios

En la [tabla 1](#) se muestra el nivel de desempeño de los promotores en cada una de las variables evaluadas, el cual va de 0 (desempeño pésimo) a 100 puntos

Tabla 2
Características del cuestionario y nivel de desempeño promedio de la población meta, por grupo y momento de medición

Variables/Factores	Número de ítems	Escala de respuesta	Alfa de Chronbach	Grupo experimental		Grupo control	
				Pre	Post	Pre	Post
<i>Conocimientos</i>							
Disposición de la basura	3	Nominal con tres opciones: (1) sí; (2) no, y (3) no sé	0.398	49.0*	85.1*	58.0*	55.6*
Alimentación saludable	3		0.663	10.7*	43.4*	16.4*	21.3*
Promoción de la salud (prevención de enfermedades)	5		-0.121	58.6*	65.3*	57.9*	57.5*
Creación/mantenimiento de huertos	1*		NA	17.0*	45.0*	27.0*	26.0*
Equidad de género	2		-0.016	25.5*	32.0*	34.0*	28.9*
<i>Actitudes</i>							
Hacia la prevención de riesgos	4	Likert de 4 puntos: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) de acuerdo, y (4) totalmente de acuerdo	0.563	58.0*	72.3*	56.5*	58.3*
Hacia el desarrollo comunitario (equidad de género)			-0.301	65.0	67.5	63.3	64.0
<i>Habilidades para la vida</i>							
	10	Likert de 4 puntos: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) de acuerdo, y (4) totalmente de acuerdo	0.738	64.3*	74.3*	66.0*	62.5*
<i>Barreras psicosociales</i>							
Agencia personal y empoderamiento intrínseco	4		0.747	43.8*	36.0*	43.0*	44.8*
	7		0.617	65.0*	82.0*	75.0*	77.5*
<i>Conductas meta</i>							
Higiene personal	6		0.750	86.0	89.3	82.3	82.3
Limpieza del hogar	9		0.704	82.3	83.0	72.3	81.8
Alimentación saludable	5		0.478	69.0*	74.8*	73.5*	70.5*
Atención a la salud	4		0.412	67.3	68.3	65.3	67.3
Creación/mantenimiento de huertos	2		0.562	50.3*	63.8*	46.8*	45.3*

En cursivas se resaltan los cambios estadísticamente significativos relacionados con el efecto del programa, es decir, derivados de la interacción entre el momento de la medición (pre/post) y el grupo (control/experimental) (N total = 680).

NA: no aplica.

* $p \geq 0.05$.

(desempeño excelente), en las tres mediciones que se realizaron: pre, post y seguimiento.

El programa logró incrementar significativamente los conocimientos de los promotores en tres temas: alimentación saludable [$F(2/99) = 5.917, p = 0.004$], atención a la salud [$F(2/97) = 5.917, p = 0.004$] y facilitación grupal [$F(2/101) = 5.917, p = 0.004$], los cuales llegaron a los 58, 38 y 58 puntos, respectivamente. A partir de pruebas *post hoc*, pudo observarse que los cambios ocurrieron entre la evaluación pre y la post en el caso de los conocimientos sobre alimentación saludable y facilitación grupal, y entre la evaluación pre y la de seguimiento en el tema de atención a la salud.

Las actitudes de los promotores mejoraron significativamente en relación con la prevención de riesgos de salud [$F(2/98) = 5.644, p = 0.005$] y a su papel en el desarrollo comunitario [$F(2/101) = 4.444, p = 0.014$], llegando a 88 y 90 puntos, respectivamente. Las pruebas *post hoc* indican que, en el caso de las actitudes hacia la prevención de riesgos, los cambios ocurrieron entre la evaluación pre y la de seguimiento; mientras que en las actitudes hacia su rol en el desarrollo comunitario, los cambios significativos se presentaron entre la evaluación pre y la post, y entre la pre y la de seguimiento.

Los promotores incrementaron significativamente su desempeño en: a) conductas alimentarias saludables

[$F(2/101)=7.959, p=0.001$] (p. ej., incluir frutas o verduras en cada comida, beber de litro a litro y medio de agua diariamente); b) acciones concretas para atender su salud [$F(2/101)=7.959, p=0.001$] (p. ej., hacerse chequeos médicos sin sentirse mal, acudir al centro de salud cuando hay malestares), y c) conductas para crear o mantener un huerto familiar [$F(2/101)=7.959, p=0.001$] (p. ej., cultivar frutas o verduras para el consumo familiar, hacer composta con los desechos orgánicos). Al término del programa se alcanzó una ejecución de 78 puntos en alimentación saludable, de 68 en atención a la salud y de 60 en creación/mantenimiento de huertos. Las pruebas *post hoc* realizadas permiten saber que los incrementos que se consiguieron en estas tres conductas ocurrieron entre la evaluación pre y la de seguimiento. Finalmente, el programa logró incrementar significativamente la agencia personal y el empoderamiento intrínseco de los promotores [$F(2/101)=7.959, p=0.001$], pasando de 68 puntos al inicio a 83 al finalizar el programa; según la prueba *post hoc* correspondiente, los cambios se encontraron entre la evaluación pre y el seguimiento.

Efecto del programa en la población meta

En la [tabla 2](#) se muestra el nivel de desempeño de la población meta en cada una de las variables evaluadas, el cual va de 0 (desempeño pésimo) a 100 (desempeño excelente), en función del momento de medición (pre y post) y del grupo (experimental y control). Cabe aclarar que únicamente se informan los efectos interactivos (momento por grupo), dejándose de lado —por limitaciones de espacio— los efectos principales.

El programa tuvo un efecto estadísticamente significativo en los conocimientos sobre todos los temas del programa: disposición de la basura [$F(2/101)=5.917, p=0.004$] (ver [fig. 2](#), a manera de ejemplo), alimentación saludable [$F(2/99)=5.917, p=0.004$], promoción de la salud mediante la prevención de enfermedades [$F(2/97)=5.917, p=0.004$], creación/mantenimiento de huertos [$F(2/101)=5.917, p=0.004$] y equidad de género [$F(2/101)=5.917, p=0.004$], los cuales se incrementaron entre 7 y 36 puntos (según el tema en cuestión) en el grupo experimental, y no así en el control. Destaca que los temas en los que las mujeres que participaron en los talleres de réplica alcanzaron un mayor dominio fueron los de disposición de la basura (85 puntos) y promoción de la salud (65 puntos), seguidos de creación/mantenimiento de huertos (45 puntos), alimentación saludable (43 puntos) y equidad de género (32 puntos).

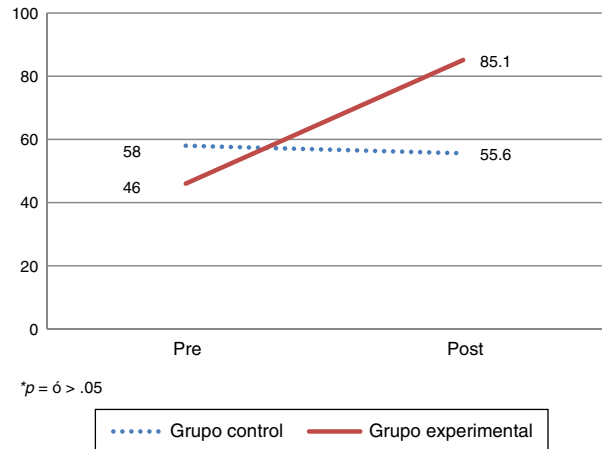


Figura 2. Efecto del programa en conocimientos sobre disposición de la basura, en población meta*.

* $p \geq 0.05$.

Los talleres de réplica también tuvieron un efecto estadísticamente significativo en las actitudes hacia la prevención de riesgos, pues estas pasaron de 58 a 72 puntos en las mujeres que participaron en el programa, mientras que en el grupo control se mantuvieron prácticamente iguales [$F(3/668)=19.307, p=0.000$]. El programa tuvo un efecto estadísticamente significativo en las habilidades para la vida [$F(2/101)=7.959, p=0.001$], las barreras psicosociales [$F(2/101)=7.959, p=0.001$] y la agencia personal y empoderamiento intrínseco [$F(2/101)=7.959, p=0.001$]. Las mujeres que participaron en los talleres de réplica incrementaron sus habilidades para la vida y su agencia personal y empoderamiento intrínseco, las cuales llegaron a 74 y 82 puntos (respectivamente), al mismo tiempo que disminuyeron su nivel de barreras psicosociales, llegando a 36 puntos.

Finalmente, el programa tuvo un efecto estadísticamente significativo en las siguientes conductas meta del programa: alimentación saludable [$F(2/101)=7.959, p=0.001$] y creación/mantenimiento de huertos [$F(2/101)=7.959, p=0.001$] (ver [fig. 3](#), a manera de ejemplo). Las mujeres que participaron en los talleres de réplica mejoraron su desempeño en los hábitos de alimentación saludable y las acciones para crear o mantener huertos familiares, las cuales llegaron a 75 y 64 puntos, respectivamente.

Discusión

La evaluación del efecto del programa «Yo quiero, yo puedo... cuidar mi salud y prevenir enfermedades en mi comunidad», implementado en comunidades

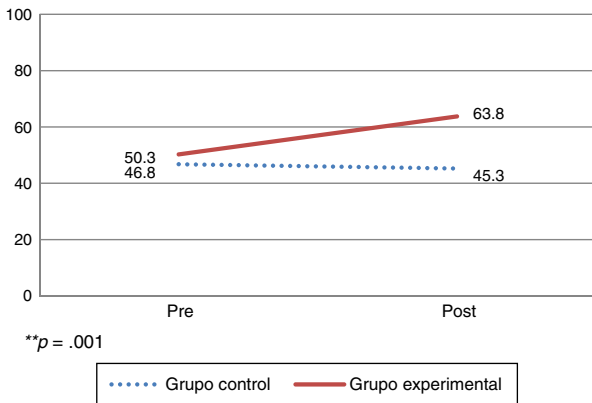


Figura 3. Efecto del programa en conductas de creación/mantenimiento de huertos, en población meta**
** $p = 0.001$.

vulnerables del municipio de Metlatónoc, Guerrero, arrojó resultados alentadores —y estadísticamente significativos— en las poblaciones con quienes se implementó: promotores de PROSPERA y población beneficiaria del mismo.

Entre la evaluación pre y la post, los promotores lograron: a) incrementar sus conocimientos sobre alimentación saludable (49→62) y facilitación grupal (48→63), y b) mejorar sus actitudes hacia el papel que tienen en la promoción del desarrollo comunitario (83→90), lo que indica que se sienten más capaces de ser promotores o agentes de cambio en su comunidad pues cuentan con más conocimientos y habilidades. Entre la evaluación pre y la de seguimiento, los promotores lograron: a) incrementar sus conocimientos sobre atención a la salud (23→38); b) mejorar sus actitudes hacia la prevención de riesgos (78→88), lo cual indica que se sienten más capaces de tomar medidas para prevenir problemas de salud vinculados a la falta de higiene o a la mala alimentación; c) mejorar sus actitudes hacia el papel que tienen en la promoción del desarrollo comunitario (83→90), lo que implica que se sienten más capaces de ser promotores o agentes de cambio en su comunidad; d) incrementar la ejecución de acciones para alimentarse saludablemente (68→78), para atender su salud (58→68%) y para crear/mantener huertos familiares (43→60%), y e) incrementar su agencia personal y empoderamiento intrínseco (68→83%), lo cual significa que los responsables de atención hablan más con otras personas sobre la importancia de la higiene personal, la limpieza del hogar y la alimentación saludable, señalando, al mismo tiempo que realizan más acciones en beneficio de su comunidad y la salud, sus habitantes.

Este patrón de resultados sugiere que el taller de formación fue una estrategia efectiva para transmitir

conocimientos y mejorar la autoeficacia (confianza en la capacidad personal) de los promotores, mientras que el cambio a nivel conductual y en agencia personal y empoderamiento intrínseco se consiguió gracias al paso del tiempo, junto con la labor de réplica que realizaron los promotores con la población meta. Tal como Pick y Sirkin (2010) lo señalan, lograr cambios en las prácticas personales incrementa el sentido de autoeficacia (capacidad) y agencia personal (control), lo que eventualmente lleva al individuo a transformar su contexto inmediato. En el caso de los promotores de PROSPERA, se espera que los cambios a nivel personal sean motor del cambio a nivel comunitario, a través de su labor multiplicadora en las comunidades a las que atienden, convirtiéndolos en agentes de cambio. Destaca que el nivel de habilidades para la vida de los promotores fue alto y se mantuvo estable en las tres mediciones (82% de desempeño promedio), y su nivel de barreras psicosociales permaneció bajo (34% en promedio), lo que da cuenta de las herramientas con las que cuentan a nivel personal para llevar a cabo su labor dentro de PROSPERA.

La evaluación del efecto del programa en la población meta arrojó también resultados —estadísticamente significativos y en el sentido esperado— que dan cuenta de los beneficios que las habitantes de Metlatónoc adquirieron al participar en los talleres de réplica. Las mujeres que participaron en el programa, a diferencia de las que no lo hicieron, lograron: a) incrementar sus conocimientos sobre todos los temas del programa, disposición de basura (49→85), alimentación saludable (11→43), promoción de la salud mediante prevención de enfermedades (58→65), creación/mantenimiento de huertos familiares (17→45) y equidad de género (26→32); b) mejorar sus actitudes hacia la prevención de riesgos de salud (49→85), asumiendo el papel que tienen en tomar medidas para evitar enfermedades relacionadas con la falta de higiene personal, la limpieza del hogar y la mala alimentación; c) aumentar su nivel de habilidades para la vida (64→74) y de agencia personal y empoderamiento intrínseco (65→82), disminuyendo además su nivel de barreras psicosociales (44→36): miedo, culpa y pena, y d) incrementar la ejecución de conductas de alimentación saludable (69→75) y creación/mantenimiento de huertos (50→64), lo que contribuirá a la prevención de enfermedades relacionadas con las prácticas alimentarias.

En conjunto, estos cambios apuntan a que las mujeres cuentan con menos obstáculos (específicamente, menos barreras psicosociales) y mejores herramientas o recursos personales, a saber: más conocimientos y habilidades psicosociales fortalecidas, para hacer frente a los retos de salud que se les presenten con actitudes y hábitos más

saludables, lo que las lleva a percibirse con más agencia personal o control sobre su vida y con capacidad para cambiar su entorno familiar y comunitario inmediato, es decir, empoderadas. De esta manera, se demuestra que el programa incidió positivamente en los componentes nodales del FrEE (Pick y Sirkin, 2010), teoría del cambio en que se basan los programas de Yo Quiero Yo Puedo-IMIFAP A. C. El valor de este marco teórico reside en que, para conseguir el cambio de conducta, va más allá de la mera transmisión de información y el cambio de creencias, lo que ha probado no ser suficiente para modificar los hábitos sanitarios de las personas (Biran et al., 2014), al articular mediante la metodología participativa y vivencial tres elementos cruciales: a) la educación en habilidades para la vida, las cuales permiten poner en marcha los aprendizajes cuando se enfrentan riesgos específicos (WHO, 1999); b) el desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco, que facilitan el mantenimiento a largo plazo de los cambios logrados y la generalización de los beneficios a otros ámbitos de la vida personal, familiar y comunitaria (Pick y Sirkin, 2010), y c) lo que Biran et al. (2014) llaman causantes o motores emocionales (*emotional drivers*), en este caso, las barreras psicosociales (miedo, pena, culpa, etc.) que impiden el cambio, o bien lo facilitan, como en el caso de otros motores emocionales como el disgusto, la afiliación y el estatus.

Dada la alta prevalencia de diarrea e infecciones respiratorias que se tiene en Metlatónoc, así como de las severas carencias alimenticias que sufre su población (Gutiérrez et al., 2012; ENSANUT, 2012), se espera que los beneficios personales que los promotores de PROSPERA y las mujeres (en su mayoría madres) obtuvieron, al participar en el programa «Yo quiero, yo puedo. . . cuidar mi salud y prevenir enfermedades en mi comunidad», contribuyan a prevenir enfermedades y a mejorar la salud y el desarrollo tanto propio como el de sus hijos pequeños, del resto de la familia y de la comunidad misma. Se sabe que los programas que buscan mejorar la higiene y sanidad de las personas y comunidades traen grandes beneficios a la población, pues mejoran el desarrollo infantil y la asistencia a clases (Biran et al., 2014), así como el desempeño laboral, la productividad y la calidad de vida en la vida adulta (Guerrero y Puerto, 2007). Asimismo, más allá del crecimiento económico que necesitan este tipos de poblaciones para superar la pobreza, quienes participaron en el programa adquirieron herramientas que abonan su desarrollo humano y empoderamiento, los cuales constituyen pilares fundamentales del progreso según la Delors *Commission* (1996, cit. en Singh, 2003).

Considerando que las iniciativas para la mejora sanitaria han demostrado ser las más costo-efectivas para prevenir enfermedades infecciosas (Lasxminaraya et. al., 2006, cit. en Biran et al., 2014), y dado el impacto que tuvo este programa en la población meta, se recomienda llevarlo a otros municipios del país; asimismo, se sugiere implementar programas que den continuidad a la formación, de manera que los cambios obtenidos sean mayores y sostenibles. Se recomienda también realizar una evaluación de seguimiento para identificar el grado en el que los cambios logrados se han mantenido y/o ampliado a otros ámbitos de la vida de las mujeres y sus familias, así como para detectar necesidades que merezcan ser atendidas mediante iniciativas de sensibilización y/o formación similares.

Por último, cabe hacer mención que entre las limitaciones de este estudio destaca la baja confiabilidad de algunos de los factores de los cuestionarios que se utilizaron, por lo que se recomienda revisar su contenido y realizar los análisis psicométricos pertinentes a fin de tener medidas más robustas. La utilización de un muestreo intencional y las dificultades de la población meta, en cuanto a la comprensión del español, constituyen limitaciones que deben subsanarse en evaluaciones de esta naturaleza.

Financiación

Este programa se llevó a cabo con recursos públicos, bajo el convenio de concertación número: CONV-CONCERT-PROSPERA-IMIFAP/003/2015 celebrado entre la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) a través de la Coordinación Nacional de PROSPERA y el Instituto de Investigación de Familia y Población A. C. (IMIFAP); las partes implicadas otorgan su autorización para la divulgación de la información generada por esta iniciativa, a través de este medio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Annan, K. (17 May 2001). Poverty, biggest enemy for health in developing world, Secretary-General tells World Health Assembly. United Nations. Press release [consultado 8 May 2017]. Disponible en: <https://www.un.org/press/en/2001/sgsm7808.doc.htm>
- Biran, A., Schmidt, W., Varadhran, K., Rajaraman, D., Kumar, R., . . . Greenland, K. y Curtis, V. (2014). Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): A cluster-randomised trial. *Lancet Global Health*, 2, e145–e154.

- Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL). (2014). *Informe de pobreza y evaluación. Guerrero 2012-2013*. CONEVAL: México.
- Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) (2015). Los resultados de la medición de pobreza 2014. Dirección de información y Comunicación Social, Comunicado de prensa No. 005, México D.F., a 23 de Jul de 2015 [consultado 3 Jun 2016]. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf
- Díaz Loving, R. y Draguns, J. (1999). *Socioculture. Meaning and personality in Mexico and in the United States*. En Y. T. Lee, C. McCauley, y J. Draguns (Eds.), *Personality and perception across cultures*. London/NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- ENSANUT. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por Entidad Federativa. Guerrero, México: Instituto Nacional de Salud Pública [consultado 29 May 2017]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012Resultados Nacionales.pdf>.
- Gobierno del Estado de Guerrero (2017). *Municipios de Guerrero*. Gobierno del Estado de Guerrero 2015-2021 [consultado 9 May 2017]. Disponible en: <http://guerrero.gob.mx/municipios/>
- Guerrero, J. y Puerto, Y. (2007). Productividad, trabajo y salud: la perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 203–234 [consultado 3 Jul 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/Pavillon/Downloads/Dialnet-Productividad TrabajoYSaludLaPerspectivaPsicosocial-3245479.pdf>.
- Hamui, A., Irigoyen, A., Gómez, F. y Fernández, M. (2006). Políticas sociales contra la pobreza y en favor de la salud en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44, 455–460.
- Pick, S. y Sirkin, J. (2010). *Breaking the poverty cycle*. Nueva York: Oxford University Press.
- SEDESOL (2013) *Unidad de microrregiones. Cédulas de Información Municipal. Municipios: Cruzada Nacional contra el Hambre*. México: Secretaría de Desarrollo Social [consultado 9 May 2017]. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/zap/Default.aspx?entra=400&valor=12>
- SEDESOL (2017). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017*. México: Secretaría de Desarrollo Social, Subsecretaría de Planeación, Evaluación y Desarrollo Regional [consultado 8 May 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/186861/Guerrero.pdf>
- Singh, M. (2003) *Understanding life skills*. Hamburg: Institute for Education, UNESCO [consultado 29 Jun 2016]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146963e.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (WHO) (1999). *Partners in Life Skills Education*. Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting. Department of Mental Health. Ginebra: World Health Organization [consultado 29 Jun 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf
- Organización Mundial de la Salud (WHO) (2003). *Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. WHO Information Series on School Health. Document 9 [consultado 29 Jun 2016]. Disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf