

Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco*

A Model for Health Promotion in Rural Communities through the Development of Personal Agency and Intrinsic Empowerment

Recibido: julio 13 de 2010 | Revisado: septiembre 16 de 2010 | Aceptado: octubre 13 de 2010

SUSAN PICK**

GEORGINA GARCÍA RODRÍGUEZ

Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, México

IWIN LEENEN

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, México

SICI: 1657-9267(201108)10:2<327:MPSECR>2.0.TX;2-7

Para citar este artículo. Pick, S., García, R. G. & Leenen, I. (2011). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas Psychologica*, 10 (2), 327-340.

* El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A. C. (IMIFAP) agradece el interés y apoyo otorgado por Diconsa para la realización de este programa piloto, así como a las personas que facilitaron los talleres y a quienes recolectaron datos para su evaluación. De manera muy especial, se agradece a Ma. Fernanda Peinador por su dedicación y entusiasmo en la coordinación operativa del proyecto por parte de IMIFAP, a Salomón Chertorivski por su apoyo y confianza para el desarrollo de este modelo, a Francisco Caballero y a Miguel Limón por su valiosa contribución en la coordinación y supervisión del mismo por parte de Diconsa.

** Málaga Norte 25, Col. Insurgentes Mixcoac, Del. Benito Juárez, CP 03929, México DF. E-mails: pick@imifap.org.mx; gina@imifap.org.mx; iwin@imifap.org.mx.
Research-ID: Pick, S., E-2376-2011.

RESUMEN

Con el propósito de modificar conductas alimentarias y sanitarias en los habitantes de comunidades marginadas, a través del desarrollo de conocimientos y habilidades psicosociales encaminadas a promover agencia personal y empoderamiento intrínseco, se desarrolló e instrumentó en México un modelo piloto basado en el programa “*Yo quiero, yo puedo... mejorar mi salud y ejercer mis derechos*”. La evaluación de dicho programa mostró un efecto sobre conocimientos, comunicación asertiva, agencia personal y equidad de género en el personal de los almacenes que surten las tiendas rurales, así como en conocimientos, comunicación asertiva, toma de decisiones y agencia personal en la población meta. Las habilidades psicosociales, los conocimientos y la agencia personal ofrecen oportunidades para superar la pobreza.

Palabras clave autores

Agencia personal, empoderamiento intrínseco, habilidades psicosociales, alimentación, higiene, desarrollo rural.

Palabras clave descriptores

Psicología de la comunicación, psicología de la educación, procesos de aprendizaje, motivación, dinámica de grupo, comportamiento social.

ABSTRACT

Based on the program “*Yo quiero, yo puedo... mejorar mi salud y ejercer mis derechos*” [I want to, I can...improve my health and exercise my rights], a pilot model was designed and implemented in three States of Mexico. This model aims to change nutrition and hygiene behaviors in the inhabitants of marginalized communities, through knowledge and psychosocial skills development facilitating personal agency and intrinsic empowerment. Evaluation of the program showed an effect on knowledge, assertive communication, personal agency and gender equity among the personnel in charge of the warehouses that provide the rural stores, and on knowledge, assertive communication, decision making and personal agency in the target population. Life skills training, knowledge and personal agency promotion enhance opportunities for poverty reduction.

Key words authors

Personal Agency; Intrinsic Empowerment; Psychosocial Skills; Nutrition; Hygiene; Rural Development.

Key words plus

Communication Psychology, Educational Psychology, Learning Processes, Motivation, Self Discipline, Group Dynamics, Social Behaviour.

Introducción

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (2002), el 70% de las personas pobres en el mundo vive en zonas rurales y depende casi totalmente de la agricultura y el desarrollo rural para subsistir. De acuerdo con esta misma organización, la mala alimentación es tanto causa como efecto de la pobreza extrema, pues imposibilita a quienes viven en situación de pobreza para aprovechar las oportunidades de desarrollo tales como servicios y programas de alimentación y salud. Este es el caso de México, en donde las zonas rurales se ven severamente afectadas por problemas de marginación, pobreza y mala alimentación. En México, el 35 % de la población que vive en el campo no gana lo suficiente para adquirir la canasta básica (Banco Mundial, 2005). Los problemas asociados a una mala alimentación, tales como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad, amenazan la salud de los países en vías de desarrollo (Santrock, 2007), sobre todo en etapas críticas de la vida como la infancia, la adolescencia y la tercera edad.

En respuesta a esta problemática, desde hace poco más de 28 años Diconsa¹ implementa el Programa de Abasto Rural (PAR), para contribuir a mitigar el impacto de la pobreza en las zonas rurales de México, mediante el abastecimiento de productos alimenticios básicos y complementarios, con el fin de reducir la pobreza alimentaria entre sus habitantes². Otro de los objetivos del PAR radica en mejorar los hábitos de higiene y alimentación de las familias beneficiarias a través de cursos de formación.

Por su parte, el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A. C. (IMIFAP), ha instrumentado exitosamente programas de desa-

rollo comunitario que buscan mitigar la pobreza a través de la formación en habilidades para la vida y reducción de barreras psicológicas. La premisa fundamental de estos programas es que cuando una persona logra desarrollar su agencia personal y empoderamiento intrínseco (conceptos que serán definidos más adelante), puede asumir el control de su vida y emprender acciones para mejorar sus condiciones de vida. Siguiendo esta premisa, y con la finalidad de potenciar los beneficios que Diconsa ofrece a las comunidades en situación de pobreza, IMIFAP se propuso diseñar, instrumentar y evaluar un modelo piloto que contribuyera al desarrollo sostenible de las comunidades. Este modelo tiene como base el desarrollo de habilidades y competencias psicosociales que promueven el cambio de conductas y, a partir de estas, la agencia personal y el empoderamiento intrínseco de sus habitantes, con énfasis en las temáticas de higiene y nutrición.

El diseño de este programa, tiene su fundamento teórico en el Marco para Facilitar el Empoderamiento Agéntico (FrEE por sus siglas en inglés: *Framework for Enabling Empowerment*) (Pick, 2007; Pick & Sirkin, 2010), en el cual se distinguen tres ejes que regulan las conductas de los individuos: (1) el contexto, (2) las demandas de la situación y (3) la persona. El contexto se refiere a las oportunidades y limitaciones estructurales que el medio ofrece, incluyendo aspectos económicos, políticos, de salud, educativos y de seguridad prevalecientes en las comunidades, así como las normas socioculturales que rigen el comportamiento de las personas. Las demandas de las situaciones se refieren a los recursos personales que se ponen en práctica para resolver los problemas cotidianos, tales como habilidades, conocimientos y creencias personales, los cuales suscitan cambios de conducta a partir de los cambios logrados. En el eje de la persona se incluyen las características más estables de los individuos, las cuales son susceptibles de ser modificadas mediante el aprendizaje que se suscita al momento de responder a las demandas situacionales. Entre estas características destacan la autoeficacia (Bandura, 1997), la autoestima (Baumeister, 1993), el locus de control (Heider, 1958), la autorregulación (Boekaerts, 1999), la autodeterminación (Deci

1 Diconsa es una empresa de participación estatal mayoritaria que pertenece a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) de México.

2 Hasta el momento, el PAR cuenta con 22,421 tiendas comunitarias, ubicadas en localidades de zonas rurales y marginadas a lo largo de todo el territorio nacional. Estas tiendas están bajo la supervisión de un Comité Rural de Abasto (CRA), el cual administra la tienda y designa las personas encargadas de la misma (SEDESOL, 2009).

& Ryan, 2000) y la autonomía (Assor, Kaplan & Roth, 2002), pues son aspectos de la persona que determinarán su forma de resolver los problemas. Estos tres ejes inciden en las conductas que ejecutan los individuos, las cuales se modifican mediante un proceso que consta de pasos claramente diferenciados: (1) precontemplación, (2) contemplación, (3) preparación para la acción, (4) realización de la conducta y (5) mantenimiento de la nueva conducta (Prochaska & DiClemente, 1982).

Las características del contexto, las demandas situacionales, las características individuales y las conductas resultantes interactúan entre sí de manera dinámica. Los cambios que se consiguen en las conductas, y que permiten la resolución exitosa de retos o problemas de la vida diaria, pueden tener impacto en la transformación de las normas y actitudes personales, así como en características relativamente estables del individuo, como la agencia personal. Por otro lado, el contexto y la persona se retroalimentan entre sí, dado que cuando un número significativo de individuos que habita una misma comunidad logra modificar sus conductas, se conseguirán efectos positivos que se reflejarán en cambios en su contexto, ampliando así no solo las libertades de la persona sino también las de su entorno (Pick, 2007). El FrEE considera que la interacción entre estos elementos es fundamental para el desarrollo de la agencia personal y el empoderamiento intrínseco.

La agencia personal se define como la habilidad para definir metas propias y actuar en consecuencia para alcanzarlas, monitoreando su progreso y teniendo el control sobre la toma de decisiones (Pick, 2007; Sen, 1999). Conforme el individuo se involucra en nuevas conductas, surgen sentimientos de agencia personal que se van generalizando a otras situaciones, volviéndose más estables. Por tanto, la agencia personal y las normas personales representan disposiciones o motivaciones para actuar e involucrarse en nuevas conductas, siendo, a la vez, consecuencia de estas (Pick & Poortinga, 2002). El concepto de agencia personal considera al individuo como actor en un contexto social (Sen, 1999), y se expresa no solo como conductas o decisiones, sino incorporando metas, objetivos,

acuerdos y obligaciones de la propia persona en relación con su comunidad. La agencia personal implica también prever y controlar las propias decisiones y acciones, dado que el individuo se asume como responsable de ellas. En este sentido, la agencia personal también ha sido definida como poder actuar de manera autónoma (Kagitcibasi, 2005) o como la capacidad de autogobierno (Bevers, Goossens, Vansant & Moors, 2003).

El empoderamiento intrínseco se refiere al esfuerzo que el individuo lleva a cabo para impactar su entorno social, el cual incluye a la familia, los compañeros de trabajo, las instituciones, los miembros de la comunidad, etc. (Pick, Sirkin, Ortega, Osorio, Martínez & Xocolotzin, 2007). El empoderamiento intrínseco ayuda a facilitar las libertades del individuo y su contexto, incidiendo de manera positiva en la relación que se establece entre la persona y el medio en que se desenvuelve (Kar, Pascual & Chickering, 1999). El empoderamiento intrínseco se refiere a la capacidad individual para modificar el contexto con base en una motivación intrínseca (agéntica) de cambio (Pick & Sirkin, 2010), por lo que tiene una mayor capacidad de sostenerse, pues proviene de la misma persona y no sólo de factores ajenos a ella, tales como reglas, dinero o apoyos externos. El desarrollo de empoderamiento intrínseco se requiere para que se produzcan y mantengan cambios significativos a nivel individual y contextual, lo que contribuye a la sostenibilidad de programas de desarrollo, pues favorece los procesos de acceso, apropiación y control sobre los recursos, las organizaciones e instituciones.

Históricamente, se ha reconocido que la falta de poder, tanto a nivel individual como colectivo, representa un obstáculo para la salud de las personas y las comunidades. En el ámbito de la promoción de la salud, favorecer el empoderamiento es esencial, pues implica el proceso por el que las personas ganan un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (Organización Mundial de la Salud, 1998). Se ha comprobado que desarrollar la agencia y el empoderamiento en las personas y comunidades conlleva cambios positivos en muchos aspectos (p. ej. participación

social, rendimiento académico, calidad de vida), incluyendo el ámbito de la salud (p. ej., adopción de conductas saludables, uso efectivo de servicios de salud) (véase Wallerstein, 2006). Es por esto que en el diseño de este modelo piloto, se consideró crucial la promoción de la de agencia personal y el empoderamiento intrínseco, dado que el desarrollo de libertades humanas es fundamental para la modificación de las conductas, el desarrollo sustentable y la reducción de las pobrezaas.

Método

Participantes

El programa “Yo quiero, yo puedo... mejorar mi salud y ejercer mis derechos” (Givaudan, Bernal & Vanegas, 2008) fue implementado en los estados de Oaxaca, Guanajuato y Sonora, con personal de nueve almacenes Diconsa³. Utilizando un modelo de réplica en cascada con acompañamiento, el programa fue instrumentado –en un primer nivel– con 160 personas que laboran en los almacenes Diconsa y –en un segundo nivel– con 1200 personas de la población meta, a saber, encargados de las tiendas, miembros del Comité Rural de Abasto (CRA) y habitantes de las localidades beneficiarias del PAR. Con fines de evaluación, se extrajo una muestra de 118 participantes de la primera población y de 45 participantes de la segunda. En ambos casos, se utilizó un diseño de investigación pre-post para muestras relacionadas (i.e. la misma muestra en el pre y post).

En la evaluación con personal de los almacenes Diconsa, participaron 160 personas en la aplicación pre (antes de recibir la formación) y 146 en la post (después de recibir la formación). En total 118 personas (77 %) participaron en ambas aplicaciones; de estos, 34 pertenecen al Estado de Guanajuato, 35 a Oaxaca y 49 a Sonora. Las características sociodemográficas de los participantes pueden consultarse en la Tabla 1.

3 Guanajuato: Estación Corralejo, San Luis de la Paz y San Felipe; Oaxaca: Ayutla, Huaxpaltepec y San Andrés Hidalgo; y Sonora: Alamos, Bacabachi y Moctezuma.

TABLA 1
Características sociodemográficas de la muestra con personal Diconsa

Sexo		Nivel educativo	
Femenino	16%	Sin estudios	3%
Masculino	84%	Primaria	30%
		Secundaria	17%
		Preparatoria/Bachillerato	22%
Edad		Pertenece a Oportunidades	
18-25	10%	Estudios técnicos	9%
26-35	38%	Estudios universitarios	19%
36-45	29%		
46-55	19%	Pertenece a Oportunidades	
56-62	4%	Sí	12%
		No	88%
Estado Civil			
Soltero/a	18%	Tiene hijos en Oportunidades	
Unión Libre	17%	Sí	15%
		No	85%
Casado/a	61%		
Separado/a	3%		
Viudo/a	1%		

Fuente: elaboración propia.

En la evaluación con población meta, participaron 278 personas en la aplicación pre (antes de recibir la réplica) y 62 en la post (después de recibir la réplica). En total, 45 participantes (22 %) formaron parte de ambos momentos de la evaluación; de estos, 18 pertenecen al estado de Guanajuato, 2 a Oaxaca y 25 a Sonora⁴. Las características sociodemográficas de los participantes pueden consultarse en la Tabla 2.

4 La disminución del número de participantes en la evaluación post, obedece a razones logísticas en la ejecución y evaluación del programa, tales como dificultad para regresar a las comunidades (por razones de seguridad) o no contar con el número suficiente de entrevistadores para realizar la evaluación.

TABLA 2
Características sociodemográficas de la muestra con población meta

Sexo		Nivel educativo	
Femenino	73%	Sin estudios	5%
Masculino	27%	Primaria	47%
		Secundaria	36%
		Preparatoria/Bachillerato	8%
Edad		Pertenece a Oportunidades	
18-25	12%	Estudios técnicos	2%
26-35	23%	Estudios universitarios	2%
36-45	29%		
46-55	21%	Sí	49%
56-62	10%	No	51%
66-80	5%		
Tiene pareja		Tiene hijos en Oportunidades	
Sí	83%	Sí	45%
No	17%	No	55%

Fuente: elaboración propia.

Material

Se utilizó el programa “Yo quiero, yo puedo... mejorar mi salud y ejercer mis derechos” (Givaudan et al., 2008), el cual contempla una metodología de educación vivencial, reflexiva y participativa basada en el aprendizaje grupal, mediante estrategias fundamentalmente lúdicas. A través de esta metodología, no solo se adquieren conocimientos, sino también, y sobre todo, los individuos logran modificar sus actitudes, desarrollar sus habilidades y cambiar sus conductas, convirtiéndose en agentes activos de cambio. El programa consta de los siguientes materiales educativos:

- *Manual técnico*: Incluye contenidos teóricos y ejercicios para fomentar la reflexión y discusión de cada tema, así como para promover el desarrollo de habilidades específicas a través de técnicas participativas y lúdicas. El manual

aborda tres módulos: 1) Habilidades para la vida, 2) Higiene, saneamiento y empoderamiento y 3) Alimentación y empoderamiento.

- *Apoyos didácticos*: Se utilizaron rotafolios y tarjetas con dibujos coloridos y mensajes clave, que facilitaron el aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos.

Cabe destacar que los contenidos teóricos y prácticos del programa fueron adaptados a las necesidades e intereses de los participantes, considerando su contexto cultural, social y económico, con base en los resultados de un diagnóstico comunitario previamente realizado en comunidades seleccionadas de los estados participantes: Oaxaca, Guanajuato y Sonora⁵. Antes de su implementación formal, los materiales fueron piloteados mediante un taller vivencial⁶.

Instrumentos

Para la evaluación de las dos fases con ambas poblaciones, se diseñó un cuestionario⁷ compuesto por cinco secciones; la primera destinada a recabar datos sociodemográficos de los participantes y el resto de ellas a evaluar los contenidos temáticos del programa, a saber:

Conocimientos sobre salud

Esta escala explora la información que se tiene sobre: a) higiene (6 reactivos) y b) nutrición (10 reactivos). Los reactivos de esta sección se responden utilizando tres opciones de respuesta: *Sí*, *No* y *No sé*. Algunos ejemplos de los reactivos de esta escala son: “Los lavados vaginales ayudan a evitar infecciones” y “La carne de res es rica en Vitamina C”.

5 El diagnóstico comunitario, para el cual se utilizó la técnica de grupos focales, se realizó en tres comunidades: El Llano, almacén Moctezuma (Sonora); El Faisán, almacén Huaxpaltepec (Oaxaca); y El Carmen, almacén Pénjamo (Guanajuato).

6 El piloteo de materiales se llevó a cabo en el almacén ubicado en Cuetzalán, Puebla.

7 El cuestionario fue aplicado a nivel grupal a manera de entrevista estructurada; no obstante, cuando los participantes no sabían leer y/o escribir tuvo que aplicarse mediante entrevistas individuales.

Habilidades para la vida

Esta escala evalúa el nivel de desarrollo de las siguientes habilidades: a) comunicación asertiva (6 reactivos), b) solución de problemas (5 reactivos), c) toma de decisiones (5 reactivos), d) relación con los compañeros de trabajo (4 reactivos), e) agencia personal (10 reactivos) y f) empoderamiento intrínseco (5 reactivos). En esta escala los reactivos tienen dos opciones de respuesta: *pocas veces* y *muchas veces*. Algunos ejemplos de los reactivos de esta escala, para evaluar comunicación asertiva y toma de decisiones (respectivamente), son: “¿Cuando no entiende algo, pide que se lo expliquen?” y “¿Pide consejo a otras personas antes de tomar una decisión importante?”

Actitudes hacia la equidad de género

Esta escala consta de ocho pares de preguntas, una de las cuales se refiere a las mujeres y la otra a los hombres, las cuales denotan la predisposición individual a valorar ciertas conductas asociadas al género. Las opciones de respuesta para cada pregunta son *mal*, *regular* y *bien*. Un ejemplo de una (un par de) pregunta(s) es: “¿Qué tan mal o bien está que una mujer [un hombre] sea muy noviera [noviero]” y “¿Qué tan mal o bien está que una mujer [un hombre] no quiera limpiar su casa”.

Conductas en salud

Esta escala explora si la persona ha realizado o no ciertas conductas relacionadas con a) higiene (2 reactivos) y b) nutrición (12 reactivos), para lo cual se utilizan dos opciones de respuesta: sí y no. Algunos ejemplos de los reactivos de esta escala son: “¿En su casa se separa la basura en orgánica e inorgánica?” y “¿Ayer, ¿usted comió al menos dos tipos de frutas?”

Procedimiento

La formación del personal que labora en los almacenes Diconsa se llevó a cabo mediante un taller participativo, con duración de 15 horas distribuidas

en tres sesiones (de 5 horas cada una); dicho taller se impartió en cada uno de los nueve almacenes en los tres estados participantes, con lo que se logró formar en total a 160 personas. Adicionalmente, se llevó a cabo un taller de 9 horas sobre habilidades de réplica⁸ en el que se formó a 30 supervisores de almacén, para que replicaran el programa a nivel comunitario⁹. La réplica con la población meta se llevó a cabo mediante talleres participativos de 6 horas de duración, en los que se abordaron los mismos tres módulos que en la formación.

Análisis de datos

Para conocer el impacto de la implementación del programa se aplicaron, como primer paso, modelos de la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) –variantes del modelo logístico de dos parámetros de Birnbaum (1968) y el modelo de respuesta graduada de Samejima (1969)– con el objeto de estimar en cada escala (conocimientos sobre salud, habilidades para la vida y actitud hacia la equidad de género) el nivel de desempeño de cada persona. Como segundo paso se aplicaron a estos niveles de desempeño, así como a las respuestas originales de las conductas de salud, modelos jerárquicos para conocer el efecto del programa.

Dado el diseño de investigación empleado y gracias a que en los análisis se controló el efecto de las variables estado (Oaxaca/Guanajuato/Sonora), edad (mayores de 40 años vs. menores de 40 años), sexo (hombres vs. mujeres) y nivel educativo (hasta educación media vs. de media superior en adelante), es plausible atribuir las diferencias que se encontraron en el nivel o desempeño de los participantes entre las aplicaciones pre y post a su participación en el programa.

8 Este taller incluyó temas como estrategias de presentación e integración grupal, perfil y funciones del facilitador, técnicas didácticas para conseguir objetivos, liderazgo y roles grupales, resolución de conflictos durante la facilitación, y elementos para concluir un taller formativo.

9 Se decidió trabajar con los supervisores de almacén para la réplica del programa debido a que son ellos quienes tienen contacto directo con los encargados de las tiendas comunitarias y con los habitantes de las localidades en que éstas se ubican.

Resultados

A continuación se describen los resultados de la evaluación de impacto del programa *Yo quiero, yo puedo... mejorar mi salud y ejercer mis derechos* tanto en el personal de los almacenes Diconsa que participó en la formación (Tablas 3 y 4) como en la población meta que participó en la réplica comunitaria (Tablas 5 y 6).

Impacto del programa en el personal de almacenes Diconsa

Respecto a los conocimientos sobre higiene y nutrición, el programa mostró un incremento estadísticamente significativo. Esto indica que después de su participación en el programa, las personas cuentan con más información sobre los grupos de alimentos que existen, los nutrientes que éstos aportan y la forma en que deben consumirse para tener una alimentación balanceada, así como sobre las medidas de higiene personales y del entorno (vivienda y comunidad) que se necesitan para preservar la salud individual y familiar. También se observó un efecto del sexo y del nivel educativo sobre los conocimientos sobre higiene y nutrición; las mujeres muestran más conocimientos sobre higiene que los varones, y las personas con una escolaridad más alta (media superior o mayor) tienen más conocimientos sobre higiene y nutrición, en comparación con las de escolaridad más baja.

En la dimensión de habilidades para la vida, el programa mostró un efecto estadísticamente significativo en el sentido esperado en la comunicación asertiva y la agencia personal. A raíz de su participación en el programa, las personas se muestran más claras y directas al comunicarse con otros, y muestran menos actitudes y conductas que denotan falta de autonomía e independencia (agencia negativa). El nivel educativo tuvo un impacto estadísticamente significativo sobre estas mismas habilidades, lo que señala que las personas con un nivel educativo más alto (medio superior o mayor) tienen mejor comunicación asertiva y menos conductas que reflejan falta de autonomía e independencia, en comparación con quienes

poseen un nivel educativo más bajo. El nivel educativo también tuvo un impacto estadísticamente significativo sobre otras tres habilidades (las cuales no se modificaron significativamente a raíz del programa): toma de decisiones, relaciones en el trabajo y empoderamiento; las personas con escolaridad alta (media superior o mayor) muestran una mayor capacidad para tomar decisiones, se relacionan mejor con sus compañeros de trabajo y tienen menos conductas que denotan falta de empoderamiento, en comparación con aquellas que tienen un menor nivel educativo.

En cuanto a las actitudes hacia la equidad de género, el programa mostró un efecto estadísticamente significativo en el sentido. Es decir, después de participar en el programa, las personas dan respuestas que denotan una actitud más igualitaria hacia hombres y mujeres. Por otro lado, la edad, el nivel educativo y el sexo influyeron de manera estadísticamente significativa sobre la equidad de género: las personas de mayor edad (de 40 años en adelante), con mayor escolaridad (media superior o mayor) y las mujeres presentan actitudes de género más equitativas, en comparación con las personas de menor edad, con menor escolaridad y los varones, respectivamente.

En lo que respecta a las conductas de salud, el programa mostró un incremento estadísticamente significativo sobre la conducta de consumo de frutas, lo que significa que, a partir de su participación en el programa, las personas aumentaron la frecuencia con la que consumen al menos dos tipos de frutas diariamente.

Impacto del programa en la población meta

El programa mostró un incremento estadísticamente significativo sobre los conocimientos de higiene y nutrición. Esto indica que después de su participación en el programa, la población meta cuenta con más información sobre los grupos de alimentos que existen, los nutrientes que éstos aportan y la forma en que deben consumirse para tener una alimentación balanceada, así como sobre las medidas de higiene personales y del entorno (vivienda y comunidad) necesarias para preservar

TABLA 3

Efecto del programa y de las variables sociodemográficas (estado, edad, sexo y nivel educativo) sobre el personal Di-consa formado en las escalas de conocimientos, habilidades y equidad de género

Variable dependiente	Línea base						
	Gua.	Oax.	Son.	Edad	Sexo	Niv.Edu.	Programa
<i>Conocimientos de salud</i>							
Conocimientos higiene	-0.16 ^a	-0.28 ^a	-0.20 ^a	0.01	0.27**	0.32**	0.23**
Conocimientos nutrición	-0.21 ^a	-0.58 ^b	-0.14 ^a	0.12	-0.20 [†]	0.61**	0.55**
<i>Habilidades para la vida</i>							
Comunicación asertiva	-0.15 ^a	-0.09 ^a	0.03 ^a	0.03	-0.11	0.56**	0.17*
Resolución de problemas	0.06 ^a	0.07 ^a	0.07 ^a	0.05	0.08	0.04	0.06
Toma de decisiones	-0.11 ^a	-0.05 ^a	-0.15 ^a	0.13	-0.13	0.54**	0.03
Relaciones en el trabajo	0.04 ^a	-0.26 ^b	-0.14 ^{ab}	-0.05	0.01	0.34**	0.06
Agencia positiva	0.18 ^a	0.09 ^a	0.01 ^a	-0.05	-0.03	-0.04	-0.03
Agencia negativa	-0.23 ^a	-0.17 ^a	-0.03 ^a	-0.09	-0.04	0.26**	0.12*
Empoderamiento positivo	0.04 ^a	0.06 ^a	-0.01 ^a	0.04	-0.05	0.03	0.06
Empoderamiento negativo	0.03 ^a	-0.07 ^a	-0.13 ^a	-0.06	-0.13	0.37**	-0.07
<i>Equidad de género</i>							
Actitud hacia la equidad	-0.04 ^a	-0.17 ^a	-0.20 ^a	0.20**	0.11	0.27**	0.16*

Nota. * indica que el valor del parámetro es significativamente diferente de 0 ($p < 0.05$); ** ($p < 0.01$); † ($p < 0.10$). Respecto a las diferencias entre los estados ("Gua." = Guanajuato. "Oax." = Oaxaca. "Son." = Sonora) en la línea base: valores que van acompañados de la misma letra sobrescrita, no son significativamente diferentes.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 4

Efecto del programa y de las variables sociodemográficas (estado, edad, sexo y nivel educativo) sobre el personal Di-consa formado en la Escala de Conductas de Salud

Letra de la pregunta	Porcentaje de respuestas deseadas		
	Pre		Post
<i>Conductas de higiene</i>			
1. En su casa, ¿se separa la basura en orgánica e inorgánica?	43%	→	43%
2. En el último mes, ¿usted ha participado en la limpieza de lugares públicos?	43%	→	39%
<i>Conductas de nutrición</i>			
3. Ayer, ¿usted comió al menos dos tipos de frutas?	54%	↗	69%
4. Ayer, ¿usted comió al menos dos tipos de verdura?	67%	→	73%
5. Ayer, ¿usted comió alimentos grasosos (por ejemplo, carnitas, chicharrón, etc.)?	52%	→	56%

Letra de la pregunta	Porcentaje de respuestas deseadas		
	Pre		Post
6. Ayer, ¿usted tomó dos litros de agua (o más) u otros líquidos?	76%	→	75%
7. Ayer, ¿usted bebió más de 2 tazas de café?	86%	→	79%
8. Ayer, ¿usted bebió dos vasos o más de refresco?	49%	→	49%
9. El domingo pasado, ¿usted tomó dos o más copas/vasos de bebidas alcohólicas?	68%	→	67%
10. Ayer, ¿usted revisó el tipo de nutrientes que le aportaron sus alimentos?	9%	→	14%
11. Ayer, ¿usted fumó?	81%	→	82%
12. Ayer o anteayer, ¿usted hizo ejercicio durante al menos 20 minutos?	35%	→	42%
13. ¿Usted siembra verduras para consumo de su familia?	15%	→	19%
14. ¿Usted cría animales para consumo de su familia?	16%	→	17%

Nota. → indica que no hay un cambio estadísticamente significativo; ↗ y ↘ indican un aumento y una disminución significativa, respectivamente.

Fuente: elaboración propia.

la salud. También se observó un efecto del sexo y del nivel educativo sobre los conocimientos sobre higiene y nutrición, así como un efecto de la edad únicamente sobre los conocimientos sobre nutrición; las mujeres y las personas de mayor edad (de 40 años en adelante) tienen más conocimientos sobre higiene y nutrición en comparación con los varones y las personas de menor edad, mientras que las personas con una escolaridad más alta (media superior o mayor) tienen más conocimientos sobre higiene y menos conocimientos sobre nutrición, en comparación con las de escolaridad más baja.

En la dimensión de habilidades para la vida, el programa mostró un efecto estadísticamente significativo en el sentido esperado en comunicación asertiva, agencia personal y toma de decisiones. A raíz de su participación en el programa, la población meta se muestra más clara y directa al comunicarse con otros, muestra más actitudes y conductas que denotan autonomía e independencia (agencia positiva), pero también menor habilidad para tomar decisiones. El nivel educativo tuvo un impacto estadísticamente significativo en la población meta sobre dos habilidades (las cuales no fueron modificadas significativamente a raíz del programa): resolución de problemas y empoderamiento; esto

indica que las personas con escolaridad más alta (media superior o mayor) muestran una mejor capacidad para resolver conflictos y mayor capacidad para abandonar actitudes y conductas que les impiden cambiar su entorno inmediato (empoderamiento negativo), en comparación con las de menor escolaridad.

Discusión

La persistencia de inequidades en materia de salud en América Latina ha dado origen a la necesidad de impulsar estrategias de fortalecimiento de libertades en la comunidad y de empoderamiento de los grupos marginados (Restrepo, 2000). Es en este contexto que el programa *Yo quiero, yo puedo... mejorar mi salud y ejercer mis derechos* surge con el fin de reforzar las iniciativas existentes en el ámbito de la salud comunitaria.

La implementación de dicho programa en tres estados del país, mostró un impacto significativo en diversas dimensiones psicológicas, tanto en el personal de los almacenes Diconsa que participó en la formación como en la población meta que participó en la réplica. Concretamente, el programa tuvo un efecto en la dirección esperada sobre los

TABLA 5

Efecto del programa y de las variables sociodemográficas (estado, edad, sexo y nivel educativo) sobre la población meta en las Escalas de Conocimientos, Habilidades y Equidad de género

Variable dependiente	Línea base						
	Gua.	Oax.	Son.	Edad	Sexo	Niv.Edu.	Programa
<i>Conocimientos de salud</i>							
Conocimientos higiene	-0.14 ^{ab}	0.06 ^a	-0.22 ^b	-0.04	0.31 ^{**}	0.26 ^{**}	0.36 ^{**}
Conocimientos nutrición	-0.00 ^a	0.02 ^a	-0.12 ^a	0.25	0.18 [†]	-0.19 [*]	0.19 [*]
<i>Habilidades para la vida</i>							
Comunicación asertiva	-0.06 ^a	0.14 ^a	0.05 ^a	0.04	-0.03	0.02	0.19 [*]
Resolución de problemas	0.12 ^a	-0.11 ^b	-0.15 ^b	0.04	0.03	0.15 [*]	-0.08
Toma de decisiones	-0.12 ^a	0.07 ^{ab}	0.15 ^b	0.00	0.11	0.13	-0.29 ^{**}
Agencia positiva	-0.06 ^a	0.13 ^a	0.09 ^a	0.06	-0.11	0.00	0.30 ^{**}
Agencia negativa	0.10 ^a	-0.13 ^{ab}	-0.22 ^b	-0.07	0.13	0.02	-0.18
Empoderamiento positivo	-0.00 ^a	0.14 ^{ab}	0.23 ^b	0.01	-0.01	-0.05	-0.07
Empoderamiento negativo	0.08 ^a	-0.06 ^{ab}	-0.24 ^{ab}	0.03	-0.13	0.15 [†]	-0.08
<i>Equidad de género</i>							
Actitud hacia la equidad	0.01 ^a	-0.23 ^a	-0.16 ^{ab}	-0.20	0.08	0.06	0.08

Nota. * indica que el valor del parámetro es significativamente diferente de 0 ($p < 0.05$); ** ($p < 0.01$); † ($p < 0.10$). Respecto a las diferencias entre los estados ("Gua." = Guanajuato. "Oax." = Oaxaca. "Son." = Sonora) en la línea base: valores que van acompañados de la misma letra sobrescrita, no son significativamente diferentes.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 6

Efecto del programa sobre la población meta en la Escala de Conductas de Salud

Letra de la pregunta	Porcentaje de respuestas deseadas		
	Pre		Post
<i>Conductas de higiene</i>			
1. En su casa, ¿se separa la basura en orgánica e inorgánica?	47%	→	52%
2. En el último mes, ¿usted ha participado en la limpieza de lugares públicos?	66%	→	74%
<i>Conductas de nutrición</i>			
3. Ayer, ¿usted comió al menos dos tipos de frutas?	61%	→	66%
4. Ayer, ¿usted comió al menos dos tipos de verdura?	62%	→	73%
5. Ayer, ¿usted comió alimentos grasosos (por ejemplo, carnitas, chicharrón, etc.)?	68%	→	63%
6. Ayer, ¿usted tomó dos litros de agua (o más) u otros líquidos?	73%	→	74%
7. Ayer, ¿usted bebió más de 2 tazas de café?	87%	→	77%

Letra de la pregunta	Porcentaje de respuestas deseadas		
	Pre		Post
8. Ayer, ¿usted bebió dos vasos o más de refresco?	66%	→	71%
9. El domingo pasado, ¿usted tomó dos o más copas/vasos de bebidas alcohólicas?	92%	→	94%
10. Ayer, ¿usted revisó el tipo de nutrientes que le aportaron sus alimentos?	18%	→	27%
11. Ayer, ¿usted fumó?	93%	→	95%
12. Ayer o anteayer, ¿usted hizo ejercicio durante al menos 20 minutos?	37%	→	34%
13. ¿Usted siembra verduras para consumo de su familia?	28%	→	38%
14. ¿Usted cría animales para consumo de su familia?	49%	→	41%

Nota. → indica que no hay un cambio estadísticamente significativo; ↗ y ↘ indican un aumento y una disminución significativa, respectivamente.

Fuente: elaboración propia.

conocimientos sobre higiene y nutrición, la comunicación asertiva, la agencia personal (disminución en su factor negativo) y la equidad de género en las personas que trabajan en los almacenes Diconsa, así como en los conocimientos sobre higiene y nutrición, la comunicación asertiva, la toma de decisiones y la agencia personal (fortalecimiento de su factor positivo) en la población meta.

En primera instancia, resulta sumamente relevante que se hayan obtenido cambios no sólo a nivel de conocimientos, sino también en las habilidades para la vida, considerando la duración del programa y el corto período que transcurrió entre las evaluaciones pre y post. Esto nos habla de que el programa tiene una estructura teórica-metodológica sólida, capaz de cumplir el objetivo para el que fue diseñado. No obstante, los cambios observados en otras variables (p. ej., ciertas conductas sobre cuidado de la salud), aunque positivos, todavía no alcanzan a ser significativos, lo que señala la necesidad de reforzar algunos contenidos del programa, así como dar más tiempo a los participantes para que pongan en práctica los conocimientos adquiridos en la formación y ejerciten las habilidades psicosociales en su vida diaria. Como la literatura psicológica afirma, la adquisición de habilidades, la transformación de actitudes y conductas, y el desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco, son procesos que toman tiempo.

En otro orden de ideas, los resultados indican que las personas con un mayor nivel educativo presentan puntuaciones más altas en conocimientos sobre salud, habilidades para la vida y actitud hacia la equidad de género; lo anterior refleja el hecho de que entre más años de instrucción formal tenga una persona, mayores serán los conocimientos con los que puede contar, las capacidades que ha podido desarrollar y las actitudes que ha podido cambiar. Ahora bien, en comparación con los varones, las mujeres muestran mayores conocimientos sobre salud. Esto podría explicarse porque, por un lado, es en las mujeres en las que estereotípicamente recae el cuidado de la salud (Instituto Nacional de las Mujeres, 2005), sobre todo en las cuestiones de alimentación e higiene, lo cual favorece que ellas tengan un bagaje más amplio de conocimientos en materia de salud. Por otro lado, el que las mujeres tengan puntuaciones más altas en conocimientos, coincide con diversos estudios que señalan que es una pauta general el mejor aprovechamiento escolar de las mujeres en comparación con los varones (véase Mingo, 2006), lo cual también podría ocurrir en programas educativos que se aplican en contextos comunitarios. Por último, las personas mayores de 40 años tienen actitudes de género más equitativas, en comparación con las de menor edad, lo cual probablemente sea una expresión del estado de madurez socio-emocional que se alcanza

en la adultez media, la cual hace posible una mayor predisposición hacia el trato igualitario entre las personas, independientemente de si son hombres o mujeres.

Estos hallazgos sugieren aspectos que podrían contribuir a orientar determinados contenidos del programa hacia ciertos grupos, por ejemplo: a) la necesidad de reforzar el tema de la equidad de género con los varones y con las personas más jóvenes, b) la relevancia de reforzar los conocimientos sobre higiene y nutrición con los varones y c) la importancia de ajustar los contenidos y materiales a poblaciones con escolaridad baja para el mejor aprovechamiento de los participantes. Esto permitiría ampliar y aumentar la magnitud de los beneficios logrados hasta el momento por el programa.

Los cambios observados en los participantes de los talleres de formación y réplica permiten afirmar que las personas han comenzado un proceso de cambio (Prochaska & DiClemente, 1982). En la medida en que los participantes tengan mayores oportunidades para poner en práctica la integración de habilidades y conocimientos en situaciones en las que puedan ir reduciendo las barreras psicológicas y que sean cada vez más complejas, lograrán consolidar su agencia personal rebasando incluso los objetivos del cambio propuestos inicialmente (Pick et al., 2007).

La contribución de la agencia personal y el empoderamiento intrínseco a la reducción de la pobreza, se enfoca, en el caso particular de este programa, en la promoción de habilidades para mejorar las condiciones de higiene, sanidad y nutrición entre la población beneficiada. Tener conocimientos sobre higiene personal, saneamiento de la comunidad y limpieza del hogar, nutrición y alimentación, en conjunción con la formación en habilidades para la vida, conlleva cambios favorables en las personas, propiciando una toma de acciones informada y autónoma para mejorar las condiciones de vida en la familia y en la comunidad. Entre más individuos beneficiarios del taller desarrollen su agencia personal, mayores serán también los cambios en el contexto inmediato de cada uno de ellos, ya que tendrán menos limitacio-

nes para actuar y construirán más oportunidades de crecimiento.

El que las personas tengan la oportunidad de resolver situaciones que afectan su vida diaria (en este caso problemas asociados a la nutrición e higiene), hace posible que los individuos y las comunidades se empoderen, pues enfocarse en la capacidad de resolución de problemas derivados de los intereses de la vida comunitaria es esencial para que el trabajo participativo tenga éxito (Restrepo, 2000).

En materia de promoción de la salud, la reducción de los factores de riesgo y las modificaciones conductuales para adquirir estilos de vida saludables constituyen la meta a alcanzar. Dado que la falta de autonomía y poder se han reconocido como una carga para la salud de las personas, el desarrollo de la agencia personal y el empoderamiento intrínseco constituyen puntos medulares en la promoción de la salud. El haber logrado incidir en el desarrollo de agencia personal resulta crucial, pues alienta a los individuos a asumirse como responsables de las condiciones de higiene y sanidad en que viven y de la calidad de su alimentación, factores que se sabe aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad como producto de la pobreza (Wallerstein, 2006). Por su parte, fomentar el empoderamiento intrínseco eventualmente repercutirá de manera positiva en la familia y la comunidad, mediante la realización de acciones que mejoren la alimentación en el hogar y el aspecto y la limpieza de los lugares públicos, influyendo en otras personas para que modifiquen también sus hábitos de higiene y nutrición.

Los efectos alcanzados por este programa permiten corroborar la eficacia de la utilización de estrategias participativas en el ámbito de la promoción de la salud, las cuales hacen posible que los individuos y las comunidades orienten su trabajo al cambio social necesario para alcanzar metas en salud y mejorar la calidad de vida; como Restrepo (2000) afirma, las estrategias participativas constituyen un arma poderosa para invertir en la falta de equidad en salud, la cual es producto de la exclusión social, tal como ocurre con las comunidades beneficiadas por Diconsa.

Por otro lado, la formación de los supervisores de Diconsa como agentes replicadores, representa un recurso que puede contribuir a la sostenibilidad del programa, pues el ejercicio de su papel durante la réplica en las localidades puede convertirlos, eventualmente, en líderes comunitarios capaces de alentar y guiar acciones encaminadas a la preservación de la salud y el bienestar de sus habitantes.

Los resultados obtenidos a raíz de este programa permiten afirmar que su implementación en escenarios rurales marginados es capaz de complementar los beneficios que el Programa de Abasto Rural de Diconsa genera en las comunidades más pobres del país. Los conocimientos y habilidades desarrollados en este marco permitirán un mejor aprovechamiento de los productos de la canasta básica y el resto de los recursos a los que se tienen acceso, siendo esto fundamental para el bienestar y desarrollo de las personas, las familias y la comunidad en general.

Por último, más allá de los alcances de este programa, resulta fundamental continuar estimulando el desarrollo de habilidades psicosociales, la reducción de barreras psicológicas y el cambio conductual en las personas y las comunidades a través de proyectos complementarios orientados a la promoción de la salud, integrando la participación de los diferentes sectores de la sociedad, lo cual contribuiría a promover el desarrollo local sostenible.

Referencias

- Assor, A., Kaplan, H. & Roth, G. (2002). Choice is good, but relevance is excellent: Autonomy-enhancing and suppressing teacher behaviors predicting students' engagement in schoolwork. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 261-278.
- Banco Mundial. (2005). *Hay que invertir mejor en el campo para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 7 de julio de 2009, de <http://go.worldbank.org/07AZ4WLLK0>
- Bandura, A. (1997). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baumeister, R. F. (Ed.). (1993). *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press.
- Beyers, W., Goossens, L., Vansant, I. & Moors, E. (2003). Structural model of autonomy in middle and late adolescence: Connectedness, separation, detachment, and agency. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 351-365.
- Birnbaum, A. (1968). Some latent trait models and their use in inferring an examinee's ability. En F. M. Lord & M. R. Novick (Eds.), *Statistical theories of mental test scores* (pp. 397-422). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Boekaerts, M. (Ed.). (1999). Self-regulated learning. *International Journal of Education Research*, 31, 445-551.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Givaudan, M., Bernal, M. & Vanegas, M. (2008). *Yo quiero, yo puedo... cuidar mi salud y ejercer mis derechos: Manual técnico para formación de 24 horas*. México: Diconsa/Sedesol.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2005). *El papel de mujeres y hombres en el cuidado de la salud dentro de los hogares*. Recuperado el 7 de julio de 2009, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100784.pdf
- Kagitcibasi, C. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 403-422.
- Kar, S. B., Pascual, C. A. & Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 49, 1431-1460.
- Mingo, A. (2006). *¿Quién mordió la manzana? Sexo, origen social y desempeño en la universidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2002). *Informe de la cumbre mundial sobre la alimentación: Cinco años después*. Recuperado el 5 de julio de 2009, de <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/005/y7106s.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Health Promotion Glossary*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Pick, S. (2007). Extension of theory of reasoned action: Principles for health promotion programs with marginalized populations in Latin America. In I. Ajzen, D. Albarracín & R. Hornik (Eds.), *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach* (pp. 223-241). London: Lawrence Erlbaum.
- Pick, S. & Poortinga, Y. H. (2002). Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: una visión científica, política y psicosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 445-459.
- Pick, S. & Sirkin, J. (2010). *Breaking the poverty cycle: The human basis for sustainable development*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R. & Xocolotzin, U. (2007). Escala para medir las Capacidades de Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 295-304.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Restrepo, H. E. (2000). *Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. Recuperado el 7 de julio de 2009, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0576.pdf>
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monographs*, 34 (17), 100-114.
- Santrock, J. A. (2007). *A topical approach to life-span development: Health*. Recuperado el 7 de julio de 2009, de <http://iws.ccccd.edu/jbrooks/LS/Notes/2006/Chapter4.pdf>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2009). *Programa de abasto rural*. Recuperado el 7 de julio de 2009, de http://www.diconsa.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=29&Itemid=103
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: University Press.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network report). Recuperado el 7 de julio de 2009, de <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>

Copyright of Universitas Psychologica is the property of Pontificia Universidad Javeriana and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.