



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

## PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

"DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE  
HABILIDADES PARA LA SALUD EN NIÑOS EN  
COMUNIDADES RURALES"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

**CECILIA IRENE ANAYA GONZÁLEZ**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA:  
COMITÉ:

DRA. SUSAN PICK STEINER  
DR. ROLANDO DÍAZ LOVING  
DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA  
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN  
DRA. MARTHA GIVAUDAN MORENO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Hay que unirse, no para estar juntos, sino para hacer algo juntos.*  
Juan Donoso Cortés

*Les enseñamos (a los niños) que hay tantas palabras como colores, y que hay tantos pensamientos porque de por sí el mundo es para que en él nazcan palabras. Que hay pensamientos diferentes y que debemos respetarlos... Y les enseñamos a hablar con la verdad, es decir, con el corazón.*  
Subcomandante Marcos



Oda al maestro rural  
*Picke Rivera*

Al campo llega cansada, camina entre piedra y ramas.  
Cargando libros, llorando por aquella ciudad dejada.

Su choza es una escuela, el diablo se encuentra adentro.  
40 grados de horno, trabajar es un tormento.  
Los niños vienen de lejos, costeras son sus sillitas  
Todos se ven lombricientos, la siembra no da pa' más.

Las tardes son desoladas, temprano hay que acostarse.  
Tejiendo pasas el tiempo, no hay más, pos ;qué se le hace!  
Comiste unos frijoles, si bien te fue en el día.  
Un chile y una tortilla son el más rico manjar.

Pozole para los pobres, y mole para los ricos.  
La fiesta del pueblo chico. Todos van a celebrar

Maestra, ¿pos qué no sabe? A David lo atropellaron.  
Se desprendió las llenitas\*, ya lo van a enterrar.  
Juntemos para una caja. ¿De dónde? si no tenemos.  
Envuelto en un petate, solito se quedará.

Caminas las cuatro horas, para llegar a tu pueblo.  
Cruzando el río ancho ;cuidado! Un alacrán.  
Todo lo vives muriendo, por la pobreza del pueblo.  
Y un jugoso aguinaldo el diputado cobrará.

El inspector es un flojo, no puede ir a tu escuela.  
El pobre es un idiota, sin carro no llegará.  
Tu sueldo es una miseria, no hay como comunicarse.  
Slogan del sindicato: ;ah! pero eso sí, compañeros maestros,  
;qué viva el maestro rural!

Slogan del sindicato: ;viva el maestro rural!

\*vocablo nahua para referirse a las tripitas.

## Dedicatorias

*Esta tesis está dedicada, especialmente, a las y los docentes que participaron en el proyecto “Desarrollo Integral Comunitario en el estado de Hidalgo” desarrollado por IMIFAP, A.C. Gracias por todo el aprendizaje de vida.*

*También a los niños y niñas de las comunidades que visité. Hicieron que valiera la pena todo el esfuerzo, cansancio, y sudor del transitar por esos caminos.*

*A mi abuela. Te fuiste el año en que inicié este proyecto. Pero regresaste a través de cada rostro de mujer rural, en cada camino de lodo, en cada pan huasteco, en cada huapango escuchado. Regresaste para meterme en el corazón tu tierra, mi tierra. Te quiero. Te extraño.*

## Agradecimientos

*A la UNAM, quien ha fundado las bases sobre las cuales descansa mi espíritu, mi trabajo y mi formación.*

*A mis tutoras y tutor por las invaluable aportaciones que hicieron en las decisiones que guiaron este proyecto.*

*A Jorge, Rosa y Alejandro. Mi principal apoyo, más allá de lo concebible.*

*A Alfredo: lo más amoroso y profundo que me ha dejado este proyecto. Gracias por tu presencia, ya imborrable, en mi vida.*

*A Lili, César y Pau. En quienes descansa mi motivación para trabajar porque este mundo sea mejor.*

*A cada una y cada uno de quienes contribuyeron de manera personal y profesional con este proyecto (UNFPA).*

*A todos y cada uno de los seres que iluminaron y acompañaron mi camino, algunos desde el inicio, otros durante y muchos ahora. MIL GRACIA*

## Índice

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Promoción de la Salud	7
III. Modelo de Intervención Comunitaria de IMIFAP	23
IV. Nivel de Contexto: La Huasteca Hidalguense	27
V. Nivel de la Persona: Autoeficacia	46
VI. Nivel de Demandas Situacionales: Habilidades para la vida	56
VII. Programa de “Habilidades para la vida y la Salud”	78
VIII. Modelo de trabajo	86
a. Presentación del modelo	
IX. Estudio I. Diseño y adaptación del programa a medio rural	89
i. Resultados	
ii. Discusión y Conclusiones	
X. Estudio II. Evaluación del programa de Habilidades para la vida y la salud.	100
iii. Fase I. Adquisición de conductas y autoeficacia Específica	101
1. Resultados	108
2. Discusión	113
iv. Fase II. Autoeficacia General	117
1. Resultados (efectividad del programa)	123
2. Discusión	133
3. Resultados (prueba del modelo)	145
4. Discusión	155
XI. Conclusiones	161

XII. Sugerencias	165
XIII. Referencias	167

*Anexos*

- I. Instrumento de Autoeficacia General
- II. Relatoría del trabajo de campo



## Resumen

Ante la importancia que tiene promover la mejora y el mantenimiento de la salud y proveer de mejores condiciones de higiene a la población, se han desarrollado varios programas con este objetivo. Una de las perspectivas para abordar esta cuestión es proporcionar habilidades que permitan al individuo optimizar sus condiciones de salud y su relación con el medio que lo rodea. Además de estas habilidades, también se ha considerado relevante fomentar el nivel de autoeficacia de las personas, pues ésta facilita la adquisición de conductas y habilidades y el mantenimiento de las mismas.

Esta investigación tuvo como objetivo principal diseñar y evaluar un programa que promoviera la adquisición de habilidades para la salud y de autoeficacia en niños que viven en comunidades rurales. También se pretendió aportar evidencia de la relación entre la autoeficacia y la adquisición de conductas y viceversa. Con este propósito se realizó la adaptación del programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1994) para que pudiera ser utilizado por docentes en dichas comunidades. Se les capacitó en la aplicación del programa y se les dieron los materiales necesarios para trabajar con sus alumnos.

Durante más de dos años, se realizaron evaluaciones antes y después de cada ciclo escolar para observar los cambios a nivel de conductas y habilidades y de la autoeficacia en los niños. También se hicieron comparaciones entre grupos control y experimental. Los resultados indicaron que el programa fue exitoso en la adquisición de conductas saludables, sobre todo las relacionadas con el cuidado personal. Asimismo se incrementó el nivel de autoeficacia específica, en particular en la habilidad de comunicación.

La autoeficacia general logró un incremento después de dos años de la implementación del programa, aunque este resultado pudo deberse al desarrollo intelectual y físico de los participantes. En cuanto a la relación de la autoeficacia y las conductas, los resultados reiteran esta relación, principalmente cuando la autoeficacia es específica para cada conducta en particular. La hipótesis de que la realización de conductas tendría impacto en la autoeficacia no fue comprobada. Se concluye que el programa de habilidades para la salud tuvo el impacto esperado. Se hicieron sugerencias para mejorar su implementación y los instrumentos de evaluación utilizados para que permitan clarificar los resultados obtenidos. Se insistió en el papel fundamental que tiene la autoeficacia en la adquisición de conductas saludables. Finalmente, se resaltó la importancia de tomar en cuenta los elementos contextuales, sobre todo a nivel práctico, para la planeación en la implementación del programa.

**Palabras clave:** autoeficacia, habilidades para la salud, niños, comunidades rurales.

## Abstract

Given the importance of promoting improvement and maintenance of health and providing the best hygiene conditions for the population, many programs have been developed towards this purpose. One approachment to this end has been to facilitate the acquisition of skills that allow people to optimize their health conditions and their relationship with the environment. More over, it has been considered relevant to encourage the self-efficacy level because it facilitates to acquire behaviors and abilities and maintain them. The main purpose of the present research was to design and evaluate a health promotion program that promotes health skills and self-efficacy acquisition on children who live in rural communities. It also seeks to contribute to prove the relationship between self-efficacy and behaviors, and vice versa. To these objectives, I made an adaptation of the health promotion program “Yo quiero, Yo puedo” (“I want, I can”) (Pick and Givaudan, 1994) to be applied by teachers on rural communities. They were trained on the program and provided with the materials needed for its functioning. During more than two years, I made pre and post evaluations before and after every school year. I also made the comparisons between control and experimental groups. The results indicated that the program was successful in regard to the acquisition of health behaviors, particularly self-care behaviors. The self-efficacy level was increased too, especially on communication skills. Two years since the program was implemented there was an increase in the general self-efficacy level, although it could be due to intellectual and physical growth on the children. As for the relationship between self-efficacy and behavior, the results support that there is one, especially when self-efficacy is specific to each behavior. The hypothesis that behavior achievement would have an impact on self-efficacy was not sufficiently proved. I concluded that the health promotion program had the expected impact; however, I made some suggestions to improve its implementation and its evaluation instruments in order to clarify results. I insisted on the basic role of the context and on the importance of taking it into account, especially in a practical level, for the planning and implementation of the program.

**Key words: self efficacy, health skills, children, rural communities.**

---

## I. Introducción

*Todos tenemos un deber de amor que cumplir, una historia que hacer, una meta que alcanzar. No escogimos el momento para venir al mundo: Ahora podemos hacer el mundo en que nacerá y crecerá la semilla que trajimos con nosotros.*  
Gioconda Belli

*La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para que sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar.*  
Eduardo Galeano.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1978). Con esta nueva concepción se reconoce la importancia y el equilibrio que debe existir entre cada una de las esferas que componen la vida de las personas para mantener un estado de salud y, por otro lado, se observa la incidencia que tienen los estilos de vida en la prevención de enfermedades, sobre todo las consideradas crónicas.

Tradicionalmente, los médicos han estado a cargo de la salud de las personas, dando mayor importancia a la prevención secundaria, es decir, tratando la existencia de una enfermedad ya presente. Dentro de esta perspectiva, el papel de la psicología en el campo de la salud ha estado limitado a la atención de pacientes con problemas emocionales o conductuales específicos, quedándose en un nivel de atención individual. Actualmente la importancia recae en la prevención primaria, lo que ha abierto un campo de acción muy importante para la psicología.

Considerando al desequilibrio en el estado de salud a consecuencia de un estilo de vida inadecuado, los psicólogos(as) de la salud tienen las herramientas necesarias para facilitar el desarrollo de habilidades que sirvan para modificar estilos de vida, colaborando con el trabajo de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y demás personal de salud, y fomentando así la labor multidisciplinaria (Aburto, 1995).

Sin embargo, la intervención no sólo se debe llevar a cabo a nivel individual, sino que se deben propiciar cambios en el ambiente en que la persona se desenvuelve.

El trabajo en las comunidades es otro aspecto prioritario dentro de las actividades del psicólogo (a) en el campo de la salud, ya que es importante que cada comunidad identifique los recursos con los que cuenta para realizar esfuerzos centrados en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud (Rodríguez, 1998).

En las comunidades rurales, las condiciones de higiene y salud, así como las económicas y sociales, son más precarias que en las urbanas, lo que requiere de un trabajo y esfuerzo más arduo e integral. Las condiciones de mayor rezago económico, social y demográfico se manifiestan ampliamente en las localidades rurales cuya población es menor de 2 500 habitantes. Su ubicación geográfica tiene importancia decisiva para determinar la estructura de oportunidades a la cual tiene acceso la población. Los niveles de desnutrición y analfabetismo son mayores en estas zonas y más aún en las que hay un alto índice de comunidades indígenas. Para el año 2000, tres millones de personas en estas zonas eran analfabetas y 6.7 millones no tienen la educación básica terminada. La cercanía o alejamiento de las ciudades, así como la disponibilidad de vías y medios de comunicación, determinan diferentes oportunidades de obtener un empleo bien remunerado, una vivienda adecuada a las necesidades de las familias y acceder a servicios básicos como educación y salud (CONAPO, 2006).

En 2000, según cifras contenidas en el Censo de Población, de las 196 mil localidades de menos de 2 500 habitantes, 45.3 mil estaban situadas en el área de influencia de las ciudades, y en ellas vivían 6.5 millones de personas. De las que se encuentran fuera del área de influencia de las ciudades, 86.7 mil habitan cerca de una carretera, y alrededor de 63.8 mil están aisladas, es decir, alejadas de las ciudades y de carreteras. Es decir, los asentamientos ubicados fuera del área de influencia de las ciudades ascienden a 150.5 mil y en ellos viven 18.2 millones de personas, de los cuales 5 millones residen en localidades aisladas (CONAPO, 2006).

El grado de marginación se relaciona con la ubicación geográfica de las comunidades rurales. Según el CONAPO (2006), en el 2000 el 32.5 % de las comunidades rurales tenía un grado muy alto de marginación y el 46.5% un grado alto. Esto se incrementa si se toma en cuenta la ubicación de las comunidades: 58% de las comunidades cercanas a las ciudades presentan grado

alto o muy alto de marginación, mientras que 92% de las comunidades consideradas aisladas presentan grado alto o muy alto de marginación.

Estas condiciones de marginación se incrementan cuando hay presencia mayoritaria de población indígena. La mayoría de las comunidades mayormente indígenas suelen ser pequeñas y cuentan con menos de 50 habitantes. En el 65% de éstas el grado de marginación es de alto a muy alto. El acceso a los servicios básicos es más deficiente: 1.9 millones de personas que viven en estas comunidades tienen un bajo, muy bajo o nulo acceso a los servicios de salud, 300 mil hablantes de lenguas indígenas tienen acceso limitado a servicios educativos, 1.4 millones no tienen cerca una tienda de abasto y 600 mil no tienen servicio telefónico en la comunidad (CONAPO, 2006).

La marginación y el bajo nivel económico no son sólo cuestión de economía o desarrollo humano, sino que se traducen en vulnerabilidad y en la incapacidad de ser escuchado, en la falta de poder y de representación. Estos aspectos limitan la habilidad de las personas de elevar sus condiciones de pobreza demandando lo que es legítimo en términos de recursos, servicios y oportunidades y también en términos de respeto y dignidad (IMIFAP, 2001).

En México existen varios problemas relacionados con la población joven, como son embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, uso y abuso de drogas, deserción escolar, falta de empleo, violencia, etc. (Instituto Mexicano de la Juventud, 2005), problemas que están relacionados con la falta de condiciones favorables de higiene y salud, así como con la carencia de habilidades que favorecen el desarrollo personal y social y permiten enfrentarse a las demandas de la vida en forma adecuada. En las comunidades rurales esta carencia se incrementa, debido a las condiciones de salud e higiene y a la dificultad de acceso a servicios de salud y educación.

Dada la importancia individual y social que tiene promover la mejora y el mantenimiento de la salud y proveer mejores condiciones de higiene en la población, en especial niños y jóvenes que viven en comunidades rurales, se han desarrollado diversos programas en diferentes partes del mundo con el objetivo de desarrollar habilidades y conductas que permitan a las personas optimizar sus condiciones de salud y hacer más eficiente su relación con el medio que las rodea. Respondiendo a estas necesidades se desarrolló el presente trabajo de investigación, que tuvo como objetivo diseñar y evaluar un programa de habilidades para la salud dirigido a niños(as) que

viven en comunidades rurales, y así contribuir a la investigación teórica y aplicada relacionada con el desarrollo de habilidades y conductas saludables.

Las principales variables estudiadas en esta investigación fueron la autoeficacia general y específica, como promotores de cambio conductual y mantenimiento de conductas; las habilidades de comunicación y toma de decisiones, y las conductas de alimentación, cuidado personal y cuidado del medio ambiente. La investigación tuvo una duración de cuatro años y se desarrolló dentro del proyecto de “Desarrollo Integral Comunitario” que lleva a cabo IMIFAP, A.C., en conjunto con el gobierno del Estado de Hidalgo y con el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

La estructura del trabajo se aborda de la siguiente manera. En el capítulo II se hace una revisión de los enfoques teóricos y metodológicos que se han utilizado en la promoción de la salud en los últimos 25 años. Se mencionan las variables que se han tomado en cuenta para el cambio conductual y algunas evidencias de su efectividad. También se describen las prácticas más eficaces, según revisión de autores, que se han encontrado en diferentes tipos de programas de promoción de la salud. Finalmente se enfoca en el desarrollo de programas dirigidos a niños(as) y las características específicas que esta población requiere para hacer más exitoso un programa.

El capítulo III describe el modelo de intervención comunitaria de IMIFAP, A.C., con el fin de clarificar los sustentos teórico metodológicos del trabajo comunitario sobre los cuales se desarrolló esta investigación.

En los capítulos IV, V y VI se describe con mayor amplitud y profundidad cada uno de los niveles que componen el modelo de intervención: Contexto, Persona y Demandas Situacionales. En el capítulo IV se habla de la influencia del medio ambiente en el desarrollo de las personas. Empieza con una revisión de la teoría del desarrollo ecológico de Bronfembrenner (1979) y continúa con algunos teóricos de la transmisión cultural del conocimiento, normas y conductas. El capítulo termina con algunas características particulares de la región de la Huasteca hidalguense, escenario particular de este trabajo.

En el capítulo V se aborda de manera amplia el concepto de la autoeficacia, sus implicaciones y las formas de desarrollarla. Se revisa la Teoría del Aprendizaje Social, de manera introductoria, y

se profundiza en la autoeficacia y su relación con la promoción de la salud (Bandura, 1998). Se citan diversos estudios que describen la efectividad de la autoeficacia como promotor de conductas saludables y su mantención.

El capítulo VI trata sobre las demandas situacionales, es decir, las capacidades, conocimientos y habilidades que cierto tipo de situaciones, sobre todo las situaciones estresantes con las que se enfrenta una persona a lo largo de su vida, nos exigen desarrollar. En este sentido, el capítulo analiza la importancia que tienen la adquisición de conocimientos, la modificación de creencias erróneas y el desarrollo de habilidades en la mejora de la calidad de vida de las personas. Se hace una revisión del enfoque de “Habilidades para la vida” y los diferentes programas de prevención y promoción de la salud que se han desarrollado basados en él.

La descripción del programa de “Habilidades para la vida y la Salud” (Pick y Givaudan, 2003) se hace en el capítulo VII. En él se detallan las características y componentes del programa, sus contenidos y formas de trabajo.

El modelo de evaluación de la investigación se describe en el capítulo VIII, así como el cronograma de trabajo y la estructura de la investigación. El capítulo IX presenta el estudio 1, cuyo objetivo fue adaptar al medio rural el programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996) de habilidades para la vida. En este capítulo se describe la metodología utilizada para la adaptación de los materiales y contenidos del programa al contexto rural e indígena, se presentan los resultados encontrados y las modificaciones realizadas. El capítulo X se encarga de la descripción del estudio 2 y las dos fases que lo componían. En la primera fase se describe la evaluación de efectividad del programa en la adquisición de habilidades y conductas, así como del desarrollo de autoeficacias específicas para cada una de las conductas desarrolladas. En la fase 2, el objetivo general es observar si existe relación entre el desarrollo de conductas saludables y autoeficacias específicas y el desarrollo de una autoeficacia a nivel general. Se describen los hallazgos y sus posibles explicaciones.

Finalmente, el capítulo XI detalla las conclusiones alcanzadas y formula sugerencias para trabajos subsecuentes de investigación teórica y aplicada sobre el tema.

## II. La promoción de la salud

*La vida es una fuente de salud, pero esa energía surge sólo donde concentramos nuestra atención. Esta atención no sólo debe ser mental sino también emocional, sexual y corporal. El poder no reside ni en el pasado ni en el futuro, sedes de la enfermedad. La salud se encuentra aquí, ahora.*

Alejandro Jodorowsky

La promoción de la salud es el proceso de facilitar a las personas el incremento del control sobre su salud (Nutbeam, 1998). En este proceso entran las acciones a nivel individual, es decir, en cada persona, y también acciones a nivel político y social. La promoción de la salud no se limita a programas dirigidos a los individuos en sí mismos, sino también incluye el cambio de normas sociales y culturales que faciliten la mejora de la salud en la población.

Las investigaciones y programas dedicados a la promoción de la salud cobraron fuerza e importancia a mediados de la década de los 70's y principios de los 80's (Stone, 1983). Los esfuerzos estaban dedicados a dos intereses particulares: los problemas de conducta infantil, derivados de psicopatologías, (Achenbach, 1982; Harris y Ferrari, 1983), y los problemas psicológicos en la población geriátrica (Birren y Schaie, 1977). Poco a poco creció el interés por el cuidado de la salud infantil, es decir, no sólo en problemáticas derivadas de deficiencias neuronales o psicopatológicas, sino en el cuidado y la prevención de enfermedades o cuestiones relacionadas con la salud de los niños (Madux, Roberts, Sledden y Wright, 1986) .

Como casi toda la investigación en psicología, los programas de promoción de la salud siguieron un proceso de refinamiento. Los primeros programas estuvieron basados en el sentido común y la intuición (Springer, Sale, Hermann, Sambrano, Kasim, y Nabler, 2004). Incluso, esas primeras aproximaciones adoptaron la estrategia de imponer miedo en la gente

---



informándola sobre los graves riesgos que existían para la salud, los hábitos perjudiciales y los hábitos saludables (Bandura, 1996). Se caracterizaban por ser básicamente informativos, y pronto demostraron ser infructíferos (Bandura, 1996; Lynch, Geller y Schmidth, 2004; Springer et al, 2004) A esta fase primaria le siguieron los programas “basados en la teoría”. Estos programas estaban mejor articulados y había más entendimiento compartido de cómo llevar a cabo la prevención. Sin embargo, pronto se hizo evidente que los constructores teóricos por sí mismos no bastaban para que funcionara una estrategia preventiva. Por eso se llegó a la fase actual, “basada en datos reales”, mejor conocida como *best practices*. En esta fase, los programas se basan en datos etiológicos de los factores de riesgo y protectores de diferentes problemáticas, y en las experiencias de investigación e intervenciones y su efectividad. Este enfoque ha servido para identificar qué características del programa, condiciones contextuales, etc., son más efectivas para lograr los objetivos (Springer et al, 2004). Una crítica a este enfoque sería que parece presuponer que las acciones que se llevaron a cabo en cierto contexto necesariamente tienen que funcionar de manera idéntica en otro totalmente distinto, sin tomar en cuenta que cada contexto es diferente en valores culturales, normas, creencias y recursos con los que se cuenta, y que las intervenciones y/o programas tendrían que adaptarse e incorporar los elementos necesarios para garantizar el éxito en la promoción de la salud. Por eso, más que una intervención empacada y lista para aplicarse donde sea, un entendimiento mejor de las *best practices* es tomarlas como un proceso para la planeación de programas, más que como un plan específico (Green, 2001).

La evaluación de los enfoques y modelos teóricos en los que se basa la promoción de la salud toma el cambio personal como algo que ocurre dentro de una red de influencia social. Esto lleva a intervenciones orientadas a lo social y a brindar apoyos sociales para el cambio personal, modificar los sistemas de prácticas sociales que dañan la salud y adoptar aquellos que la fortalecen (Bandura, 1996). Así, se ve a la salud como un producto de la interacción de la influencia autorregulatoria, el equipo biológico y las influencias sociales.

---

## **Enfoques y modelos teóricos en la promoción de la salud**

La promoción de la salud ha evolucionado en modelos multifacéticos que contemplan la interacción recíproca entre los determinantes personales y los del medio ambiente en la conducta saludable. El conocimiento sobre salud, los sistemas de incentivos, las capacidades autorregulatorias y los apoyos sociales tienen un papel en la búsqueda de la salud (Bandura, 1996).

Los principales enfoques teóricos y modelos que se han utilizado para basar en ellas las intervenciones en promoción de la salud son: la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Conducta Planeada, la Teoría de la Motivación Protectora, el Modelo de Creencia en Salud, y el Enfoque del Proceso de Acción en Salud. La mayoría de estos modelos también incorporan elementos de la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), principalmente la autoeficacia, las expectativas de resultado y los procesos de aprendizaje de conductas.

### *Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975).*

De acuerdo con esta teoría, las intenciones de realizar cierta conducta son precursoras directas de la realización de esa conducta. Estas intenciones están basadas en las actitudes de las personas hacia la conducta y en las normas subjetivas que existen alrededor de ésta. Las actitudes hacia una conducta están basadas en las creencias sobre las consecuencias que puede tener la realización de una conducta y al valor que los individuos den a estas consecuencias. La norma subjetiva se basa en el juicio de los individuos sobre si los demás aprobarán la conducta o no, combinado con su motivación para cumplir con lo que opinen los demás. Esta teoría ha contribuido a evidenciar cómo lo que piensan y opinen los demás tiene un peso importante en la decisión sobre la realización de ciertas conductas y la importancia de tomarlo en cuenta al momento de realizar las intervenciones.

### *Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985).*

Esta teoría tiene como antecedente la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) con la incorporación de un elemento que la fortaleció. En esta teoría las actitudes y las normas sociales subjetivas preceden a la formación de

---

intenciones. Se incorpora el constructo de control conductual percibido. El control conductual percibido es el punto hasta el cual los individuos creen que una conducta específica sería fácil de realizar. Este constructo fue añadido a la Teoría de la Acción Razonada para tomar en cuenta las conductas que no están bajo el completo control del individuo, y se cree que afecta la conducta de manera directa y a través de las intenciones conductuales (García y Mann, 2003). Este control percibido sobre la conducta es un elemento motivacional para la realización de acciones, es como el motor que arranca hacia la acción. Algunas investigaciones han encontrado que el control conductual percibido contribuye a la explicación de la varianza en conductas de uso del condón y ejercicio físico (Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleille, 2001; Sheeran y Taylor, 1999).

*Teoría de la Motivación Protectora (Protection Motivation Theory, Rogers, 1975).*

En este modelo, las intenciones conductuales reciben estímulos de cuatro fuentes: dos relacionados con la evaluación de la amenaza a la salud (severidad percibida y vulnerabilidad percibida) y dos con afrontamiento de la amenaza (autoeficacia y la efectividad de la respuesta probable). En conjunto, estas variables determinan la motivación para realizar acciones de autoprotección. Este modelo es específico para aquellos contextos en los que existe miedo por la salud propia. Sin embargo, los componentes del modelo no han podido distinguir entre aquellos que tienen intención de realizar alguna acción y los que no, ni predecir conductas futuras (Hodgkins y Orbell, 1998; en Roberts, Towell y Golding, 2001).

*El Modelo de Creencia en Salud (The Health Belief Model, Becker y Maiman, 1975)*

Su propósito original era predecir cuándo la gente participaría en mediciones de salud preventiva. Este modelo identifica cuatro componentes claves que intervienen entre las características sociales y personales de una persona y las acciones orientadas a la salud. Estas variables son: susceptibilidad a las amenazas hacia la salud, percepción de severidad de la amenaza, y

---

percepción de las barreras y beneficios. La susceptibilidad percibida se refiere a qué tan vulnerables se sienten las personas frente a las amenazas a la salud. La severidad percibida se refiere a qué tan serias o peligrosas las personas perciben estas amenazas. Los beneficios percibidos se refieren a las creencias de las personas sobre si la acción recomendada reducirá la amenaza o no. Y, por último, la percepción de las barreras se refiere a las creencias de las personas sobre si podrán vencer las consecuencias negativas asociadas con la acción recomendada (García y Mann, 2003).

En etapas posteriores al planteamiento original, se incorporaron al modelo constructos personales y contextuales como la autoestima, las habilidades interpersonales, las normas, el estado civil, los conocimientos y las experiencias previas. La autoeficacia es incorporada al modelo cuando se trata de predecir adherencia a conductas a largo plazo y ha mostrado incrementar su efectividad cuando es incorporado (García y Mann, 2004). Este modelo ha sido trabajado en diferentes problemáticas, como en conductas adictivas, conducta sexual y nutrición. Sin embargo, no se ha podido obtener datos confiables sobre sus efectos en la conducta saludable (Roberts, Towell y Golding, 2001). Esto podría deberse a la ausencia de consenso sobre cómo operacionalizar los constructos en el modelo y la naturaleza racional de éste, pues minimiza la importancia de las emociones o la interacción social en la conducta saludable (Roberts, Towell y Golding, 2001).

*El Enfoque del Proceso de Acción en Salud (The Health Action Process Approach, Schwarzer, 1999).*

Este enfoque divide el cambio conductual en dos procesos principales. En el primero se forma la intención para el cambio. Esta intención está basada en tres factores: 1) los individuos deben creer que hay una amenaza hacia su salud, 2) los individuos deben creer que cambiando una conducta particular reducirán dicha amenaza, y 3) los individuos deben creer que tienen la capacidad de llevar a cabo el cambio, es decir, el tercer factor es la autoeficacia. En este modelo la autoeficacia se distingue en autoeficacia de acción (que se cree que influye en las intenciones) y autoeficacia de afrontamiento. En una investigación que comparó este modelo con la Teoría de

---

la Acción Razonada, la teoría de la Conducta Planeada y el modelo de la Creencia en Salud, se encontró que el enfoque del Proceso de Acción en Salud fue el modelo con mayor efectividad de predicción de conductas en salud (García y Mann, 2003).

Estos cinco modelos, que intentan explicar el proceso de cambio conductual particularmente en la salud, muestran más semejanzas que diferencias. Casi todos comparten la existencia de una amenaza que inicie la motivación hacia el cambio conductual; las diferencias estriban en el peso que le dan a esta amenaza. En todos está presente la percepción de los resultados al realizar una conducta nueva como elemento que influye en la intención de realizarla. Sin embargo, el elemento que de manera más clara comparten estos modelos es el que tiene que ver con la percepción del control en la salud, llamado autoeficacia (en tres de los modelos/teorías) o control percibido. Todos coinciden en darle un papel fundamental en la adquisición, realización y mantenimiento de las conductas saludables.

Pocas investigaciones han comparado estos modelos entre sí. Quine, Rutter y Arnold (2000) compararon la teoría de la conducta planeada y el modelo de creencia en salud y encontraron que el componente normativo es un fuerte predictor de la conducta social o pública, como el uso del condón o de la bicicleta (García y Mann, 2003). Conner y Norman (1994) hallaron que ambos modelos eran igualmente efectivos para predecir la realización de chequeos médicos (García y Mann, 2003). Otra investigación que comparaba la teoría de la acción razonada con la teoría de la conducta planeada encontró que la adición de constructos como el control conductual percibido y la autoeficacia aumenta su capacidad de predicción de una conducta que no está bajo la voluntad de la persona (Madden, Ellen, y Ajzen, 1992). García y Mann (2003) compararon cuatro modelos: el modelo de la creencia en salud, la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planeada y el enfoque del proceso de acción en salud. Encontraron que los modelos que incluían la autoeficacia y el control conductual percibido fueron mejores predictores de la intención conductual de ponerse a dieta. También hallaron que el enfoque del proceso

---

de acción en salud fue el que mejor predijo la conducta, seguido por el modelo de creencia en salud cuando se le añade la autoeficacia.

Parece ser, entonces, que cuando se añaden constructos que tienen que ver con las creencias del control propio sobre la salud, la fuerza predictiva de los modelos se incrementa. Esto nos lleva a recordar el planteamiento de la OMS sobre lo que debe ser la promoción de la salud "... es el proceso de facilitar a las personas el incremento del control sobre su salud" (Nutbeam, 1998). El qué tanto control perciban las personas que pueden tener sobre la realización o no de una conducta las influirá para realizar acciones orientadas a prevenir enfermedades y mantener su bienestar.

Otros elementos importantes, como las normas subjetivas y las actitudes hacia la realización de las conductas (tal cual lo indican la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planeada), también son fuertes predictores de las intenciones, lo que nos deriva a trabajar los programas de salud en un contexto social que permee no solo al individuo, sino al medio en el que se desenvuelve.

Por otro lado, la percepción de riesgos y amenazas hacia la salud influye en la intención de realizar conductas o cambios en el estilo de vida y es el primer paso para llevar a cabo acciones (Schwarzer, 1999), además de que explica un importante porcentaje de la varianza para predecir cambios conductuales (García y Mann, 2003).

En conclusión, cada uno de estos modelos aporta elementos fundamentales a la promoción de la salud y el cambio conductual. Elementos que tienen que ver con procesos intrapersonales y procesos contextuales y sociales que nos llevan a construir intervenciones más complejas, abarcando diferentes niveles en el desarrollo de una persona y su salud.

Esto nos lleva al siguiente apartado, que tiene que ver con el diseño, aplicación y evaluación de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

---

Como ya se mencionó al inicio del capítulo, los programas de promoción de la salud pasaron por diferentes estrategias, enfoques, teorías y metodologías hasta que, con tal cantidad y diversidad de programas, se empezaron a preguntar cuáles serían las características que son necesarias y suficientes para que una intervención fuera eficaz.

Comparando cuatro tipos de programas que utilizaban diferentes enfoques y metodologías para la prevención del uso de drogas (1, adquisición de habilidades; 2, solo conocimientos; 3, orientados a la percepción afectiva, y 4, recreativos), Springer et al. (2004) encontraron que los programas de construcción de habilidades fueron más efectivos en la reducción del uso de sustancias que los orientados al afecto y los de sólo conocimientos. Los segundos más efectivos fueron los recreativos. También encontraron que los programas que siguen una metodología más vivencial son más efectivos que los que sólo se basan en técnicas didácticas. La metodología vivencial incluye actividades de sociodrama, trabajo en equipo, experiencias al aire libre, juegos, etc. Por otro lado, los programas que tienen mayor cantidad e intensidad de contacto con la población objetivo son los que muestran mejores resultados. Esto quiere decir que aquellos programas que se trabajan de manera más continua y con mayor número de horas son los que se apropian mejor y obtienen mejores resultados y seguimiento (Springer, et al. 2004). En cuanto a la estructura del programa, aquellos con mayor coherencia en el contenido y mejor estructura (objetivos claros, planeación de sesiones, material didáctico, organización, etc.) son más efectivos, debido a que demuestran apego a un marco teórico claro y organizado. En conclusión, los programas orientados a la adquisición de habilidades, con una metodología vivencial e interactivas, con mayor intensidad de contacto con la población y con mayor coherencia y estructura, son los más efectivos en relación con la promoción de la salud.

Por otro lado, Lynch, Geller y Schdmith (2004) señalan que los programas de prevención deberían estar contruidos tomando en cuenta dos objetivos: 1) reducir el impacto de los factores de riesgo y los eventos de vida negativos, y 2) fortalecer los procesos protectores y los recursos que promuevan el desarrollo de las competencias. También mencionan que los programas que se

---

orientan a la adquisición de habilidades, mejora de los recursos personales para enfrentar situaciones difíciles, etc., tienen que evitar centrarse sólo en el individuo aislado, sino más bien plantear cambios en los microsistemas y mesosistemas que lo rodean, es decir, su familia, escuela, comunidad, etc. (Lynch, Geller y Schmidh, 2004).

Denman (1999), por su parte, coincide con Springer et al. (2004) al mencionar que los programas de promoción de la salud más efectivos son aquellos que promueven una participación activa de los niños en las actividades, tienen una duración adecuada (ej., un mínimo de 12 clases en algún tema en particular), consideran las influencias sociales sobre la conducta e incluyen entrenamiento en habilidades y promoción de la autoeficacia. Al mismo tiempo, resalta la importancia de extender la intervención más allá del individuo, al decir que involucrar a toda la escuela y realizar actividades extraescolares (como tareas en casa y participación de los padres) puede reforzar la efectividad del programa para cambios conductuales y adquisición de habilidades.

En una revisión de diversos programas y estrategias, Bond y Hauf (2004) identificaron y propusieron características que debieran cumplir los programas para ser efectivos y las llamaron “el top 10” en los programas de promoción de la salud. Y éstas son:

- 1) Los programas de promoción de la salud deben estar basados en una teoría científica y experiencia empírica en su contenido, estructura e implementación. Los programas exitosos deben mostrar su efectividad mediante la incorporación de evaluaciones que evidencien la fuerza de la teoría o los elementos teóricos en los que se basan. La implementación del programa debe seguir de cerca los supuestos teóricos que dan origen al programa para mantener su integridad y fidelidad. Aquellos que participan en su implementación debieran recibir capacitación y entrenamiento para llevar a cabo el programa de forma fidedigna.

---



2) Los programas de promoción de la salud deben tener metas y propósitos claros y definidos. Esto facilita que todos los participantes los entiendan y los consigan. Asimismo, dirige los esfuerzos de manera concentrada y específica.

3) Deben adoptar una perspectiva multisistémica y multinivel, que abarque las múltiples influencias y caminos del desarrollo. El desarrollo humano ocurre en un contexto estructurado en diferentes niveles (Bronfenbrenner, 1977), que son influenciados recíprocamente. Estos niveles van desde el individual (bioquímico, socio-afectivo, cognitivo), los microsistemas de interacción con otros (familia, compañeros, vecinos, etc.), las instituciones, organizaciones, etc., que estructuran estas interacciones y el funcionamiento propio (escuelas, trabajo, servicios comunitarios, etc.) hasta las normas culturales, expectativas y prácticas en las cuales las instituciones, organizaciones y comunidades están sumergidas. Tomar en cuenta los diferentes niveles del desarrollo lleva a adoptar múltiples estrategias para abarcarlos e involucrarlos en la planificación e implementación de los programas. Los programas más exitosos son los que se dirigen a la comunidad más que a los individuos, y promueven el cambio desde dentro de ella con sus particularidades, riesgos, fortalezas, etc.

4) Los programas de promoción de la salud deben contar con un sistema de seguimiento para lograr las metas deseadas.

5) Deben considerar las fortalezas, competencias y factores protectores existentes, así como los riesgos y dificultades que hay en los individuos y sistemas. En este sentido, los programas de promoción de la salud deben estar atentos a los distintos niveles del contexto y tomarlos en consideración como parte de la solución, identificando los factores de riesgo y, sobre todo, los protectores y los recursos que el contexto provee.

6) Siguiendo la misma línea, los contenidos, la estructura y la implementación de los programas de promoción de la salud deben ser sensibles a las características de la población meta. Deben tomar en cuenta etapas de desarrollo, características culturales, poblaciones estigmatizadas o prejuiciadas, y la variación interna de la población meta.

---

7) Deben incorporar una evaluación y monitoreo de alta calidad en el diseño de la intervención. Las evaluaciones de alta calidad incluyen evaluación científica y rigurosa del programa y su mantenimiento. También, deben incorporar un sistema de monitoreo constante durante su implementación, para evitar la pérdida de enfoque en los objetivos, incorporar elementos que enriquezcan la intervención, etc. Parsons, Stears y Thomas (1996) propusieron tres áreas que debieran evaluarse en los programas de promoción de la salud: el contexto, el proceso y el producto o productos (esto es: los conocimientos, habilidades, actitudes y conductas que la población haya adquirido del programa en cuestión).

8) Deben estar estructurados y elaborados para ser trasladados de un contexto a otro. La claridad de los objetivos, metas y procedimientos facilita la generalización de las bases de los programas a otros contextos. Esto no quiere decir que se implementen tal cual en dos sitios distintos, sino que, basándose en los objetivos y planteamientos originales y tomando en cuenta las características del nuevo contexto, se puede llevar a cabo de manera fidedigna. Tal como diría Green (2001): “tomar la *planeación*, no el *plan*”. Bloom (1987) menciona que los programas, para ser trasladados de un lado a otro, deben ser: efectivos, económicos, descentralizados, flexibles, sustentables, sencillos y compatibles con las características socioculturales de la nueva población meta.

9) Los programas de promoción de la salud deben ocuparse de las necesidades de diferentes recursos. Un error en la planeación y concepción de las intervenciones en salud es centrarse en el aspecto de los recursos económicos. Esto sólo lleva a considerar un aspecto del programa, sin tomar en cuenta las otras necesidades que están latentes. Deben tomarse en cuenta los recursos necesarios para que la implementación del programa sea llevada con éxito: los recursos humanos, los aspectos legales, el prestigio, etc. Un análisis detallado de los recursos no monetarios con los que cuenta una organización revela los apoyos con los que se cuenta para llevar a cabo el programa y disminuye, en cierta medida, la importancia de la ayuda monetaria.

---

10) Los programas de promoción de la salud deben ser sensibles a las características sociopolíticas actuales. Aquellos que participan en la promoción de la salud deben ser agentes activos en la toma de decisión y planeación de las políticas de la comunidad.

Como vemos, hay acuerdos entre varios autores sobre las características que debiera tener un programa de promoción de la salud para ser efectivo y exitoso. Entre éstas rescatamos: que esté basado en una teoría; que contenga una metodología que lleve a la adquisición y desarrollo de habilidades; que sea apropiado al contexto, edad y necesidades específicas de la población; que sea comunitario, más que individual; que sea evaluado y monitoreado, y que sea flexible al momento de aplicarlo en otros contextos.

Lo anterior nos da una idea más clara de las estrategias a seguir para realizar programas de promoción en salud que garanticen, en su mayor parte, la obtención de resultados favorables.

### **La promoción de la salud dirigida a las niñas y niños**

Los programas de promoción de la salud comenzaron enfocándose en problemáticas adolescentes (Botvin, Baker, Renick, Filazzola y Botvin, 1984; Jessor y Jessor, 1977; en Coggans, Cheyne y McKellar, 2002; Springer et al, 2004). Después de cierto tiempo, se dieron cuenta de que, mientras más temprano se empezara con los cambios conductuales y formación de habilidades, más fácil sería su adquisición. Es entonces cuando comienzan los programas dirigidos a niñas y niños, algunos desde el preescolar.

En relación con los programas dirigidos a la niñez, tenemos tres aspectos a tomar en cuenta:

- 1) Las intervenciones a temprana edad son las más efectivas para el mejoramiento de la salud futura (Madux, Roberts, Sledden y Wright, 1986). En este sentido, las intervenciones que se llevan a cabo a nivel preescolar y primaria tienen más impacto en la vida de los niños y niñas
-

debido a que se encuentran en la etapa de adquisición de hábitos y conductas que las intervenciones en etapas de desarrollo más avanzadas (Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wild, 2004).

- 2) Estas intervenciones están diseñadas para las necesidades de cada etapa del desarrollo. Cada etapa de desarrollo tiene sus propias necesidades y capacidades. Cuando una intervención es demasiado compleja para el nivel de desarrollo en el cual está enfocada, resulta infructuosa, por lo que es necesario tomar en cuenta las características de cada etapa al momento de diseñar la intervención (Madux, Roberts, Sledden and Wright, 1984).
- 3) Las intervenciones más efectivas son las que se llevan a cabo en el ámbito escolar e integran a toda la comunidad. La escuela es el segundo lugar donde los niños pasan más tiempo. En él aprenden a relacionarse con sus pares y adultos, aprenden normas de conducta y hábitos; las actitudes hacia diversas conductas no saludables y saludables se refuerzan en este lugar (Grusec, y Litton, 1988; Blaxter, 1990; Kirby, 1991). Por eso la escuela es el sitio ideal para la adquisición de nuevas habilidades y conductas.

La adquisición de conductas y habilidades en la escuela tiene que ser reforzada por el medio ambiente que rodea al niño. Es decir, lo que aprenda en la escuela tiene que tener cabida dentro de su vida cotidiana en su casa y con sus amigos, para que este aprendizaje sea significativo.

Dentro de los objetivos principales de la promoción de la salud dirigida a los niños y niñas se encuentra el desarrollo de la responsabilidad hacia el cuidado de la salud propia. Es decir, que niños y niñas se den cuenta de que su salud depende de las acciones que realicen para cuidarla o no. Matarazzo (1982) resalta la importancia de la responsabilidad individual en la salud cuando se utilizan el conocimiento y las técnicas conductuales y biotecnológicas en el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades y disfunciones.

---

Esta responsabilidad ha sido fuertemente reforzada en las y los adultos; sin embargo, el proceso en los niños y niñas es diferente, ya que pasa a través de varias etapas.

En la primera etapa del desarrollo (es decir, en los primeros años de vida) la responsabilidad por el cuidado de la salud recae en los padres (Madux et al, 1986). Ellos son quienes se encargan de realizar acciones para mantener saludable al bebé. A través de la adquisición de habilidades autorregulatorias, es decir, que ayuden al niño o niña a controlar su propia salud, la responsabilidad hacia su cuidado se vuelve más grande. Estas habilidades se desarrollan dependiendo de la etapa del desarrollo, pero también de las oportunidades que existan en su medio ambiente para adquirirlas. Es aquí donde los programas de promoción de la salud en la infancia han encontrado su razón de ser: facilitando la adquisición de habilidades y conductas. Algunos programas que han tenido cierto éxito en el desarrollo de la responsabilidad son: el programa sobre cuidado dental infantil de Levy, Lodish y Pawlack-Floyd (1982), el programa sobre conductas de autoprotección de Poche, Brouwer y Swearingen (1981), el programa sobre conducta de emergencia de Jones, Kazdin y Haney (1981), etc. La clave para lograr que niños y niñas asuman su responsabilidad en su salud, a través de programas de promoción de la salud, es que éstos estén basados en una perspectiva de desarrollo y que tomen en cuenta la adquisición y mejora de habilidades autorregulatorias.

En relación con la importancia de realizar las intervenciones en las escuelas, diferentes investigaciones han demostrado que son un escenario en cierta forma permanente, donde se puede tener a la población infantil y/o adolescente en cautiverio por un periodo considerable de tiempo (Bandura, 1996; Denman, 1999; Lynch, Geller y Schmidh, 2004). Además, proveen de estructura física y organizacional que promueve el desarrollo académico y, además, brindan oportunidades para la adquisición de conocimientos, habilidades, desarrollo de la autoestima, actitudes, etc., que están enfocadas a la salud. Estas oportunidades están presentes en varios aspectos del ámbito escolar: las unidades y contenidos del currículum escolar, las interacciones sociales dentro

---

de la escuela (pares, maestros, etc.), el ambiente físico y su relación con los padres y la comunidad en general (Denman, 1999).

Los salones de clase son escenarios adecuados para la promoción de la salud debido a su estructura y al ambiente interno que en ellos existen (Rutter, 1989). La educación en habilidades en los salones de clase permite a los niños proteger y promover su propia salud y bienestar, pues brindan la oportunidad de practicar estas habilidades tanto dentro del salón como fuera de él (Birrel y Weisen, 2005). Por otro lado, los maestros juegan un papel fundamental en la construcción de habilidades y promoción de la salud. La calidad de la interacción entre maestros y niños es uno de los componentes principales de la adaptación a la escuela (Pianta y Walsh, 1998). Además, los maestros juegan el papel de modelos en la adquisición de habilidades y son los principales agentes reforzadores para su desarrollo (Werner, 1995).

Dada la pertinencia de trabajar en las escuelas, es importante tomar en cuenta aquellos elementos que pueden obstaculizar la aplicación del programa. Una de las razones por las cuales las intervenciones en escuelas no son exitosas es que no se incorpora al personal docente ni administrativo en la implementación u organización del programa. Cuando lo perciben como impuesto o venido desde fuera, los maestros y demás trabajadores muestran falta de compromiso y apropiación del programa, así como falta de control para hacer cambios o sugerencias a la intervención (Bond y Hauf, 2004). Como estos autores mencionaron, uno de los elementos que hacen exitosa una intervención es identificar factores protectores y de riesgo que existan en el contexto e involucrar a la comunidad en la toma de decisiones, para facilitar la adopción del programa. Por ello, es necesario percibir que los maestros, así como directivos, mesas de padres de familia, etc., son elementos de suma importancia en la intervención, y deben tener una participación activa desde la planeación del programa.

Concluyendo, el camino recorrido por la promoción de la salud nos lleva a identificar aspectos relevantes a tomar en cuenta para, en estos tiempos, llevar a cabo intervenciones para promover la salud.

---

- 1) La promoción de la salud se lleva en diferentes niveles: el individual (donde están las actitudes, la percepción del riesgo, el control percibido y la autoeficacia) y el contextual (normas sociales, estructuras socioeconómicas, recursos materiales y humanos, etc.), y los elementos de ambos niveles interactúan de manera constante, influyéndose entre sí.
  - 2) La información es un antecedente de la toma de acción, pero no es el elemento determinante. La adquisición de habilidades y la creencia en la capacidad para controlar la salud propia son elementos mucho más definitorios.
  - 3) Las características propias, internas, de diseño de un programa deben estar construidas sobre una metodología vivencial y participativa, que permita a las personas involucrarse activamente en el proceso.
  - 4) Si se comienza a trabajar en etapas tempranas del desarrollo con habilidades y conductas que lleven a mantener un nivel óptimo de salud, se verían mejores y mayores resultados en la calidad de vida y en el estado de salud de la población. La prevención, entonces, cumpliría su cometido de actuar antes del problema y construir estrategias para enfrentar los retos de la vida cotidiana antes de que se presenten.
-

### III. El Modelo de Desarrollo Integral Comunitario, IMIFAP, A.C.

La investigación que se está presentando se realizó como parte de un proyecto de investigación que lleva a cabo el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP),

IMIFAP es una asociación civil fundada en 1985 en la ciudad de México. Lleva 20 años trabajando y ha desarrollado cerca de 40 programas que han beneficiado a población de México, Latinoamérica, Estados Unidos, Grecia y Uzbekistán (IMIFAP, 2004).

A lo largo de los años y de varios programas de prevención y promoción de la salud, enfocados en distintas poblaciones y objetivos (ej. mujeres y hombres rurales, niños, personal médico, y temas como: uso de condón, prevención de adicciones, etc.), IMIFAP ha desarrollado un modelo de intervención que consiste en tres niveles: el contexto, las características semipermanentes de la persona y las demandas de una situación concreta con la que se enfrenta una persona.

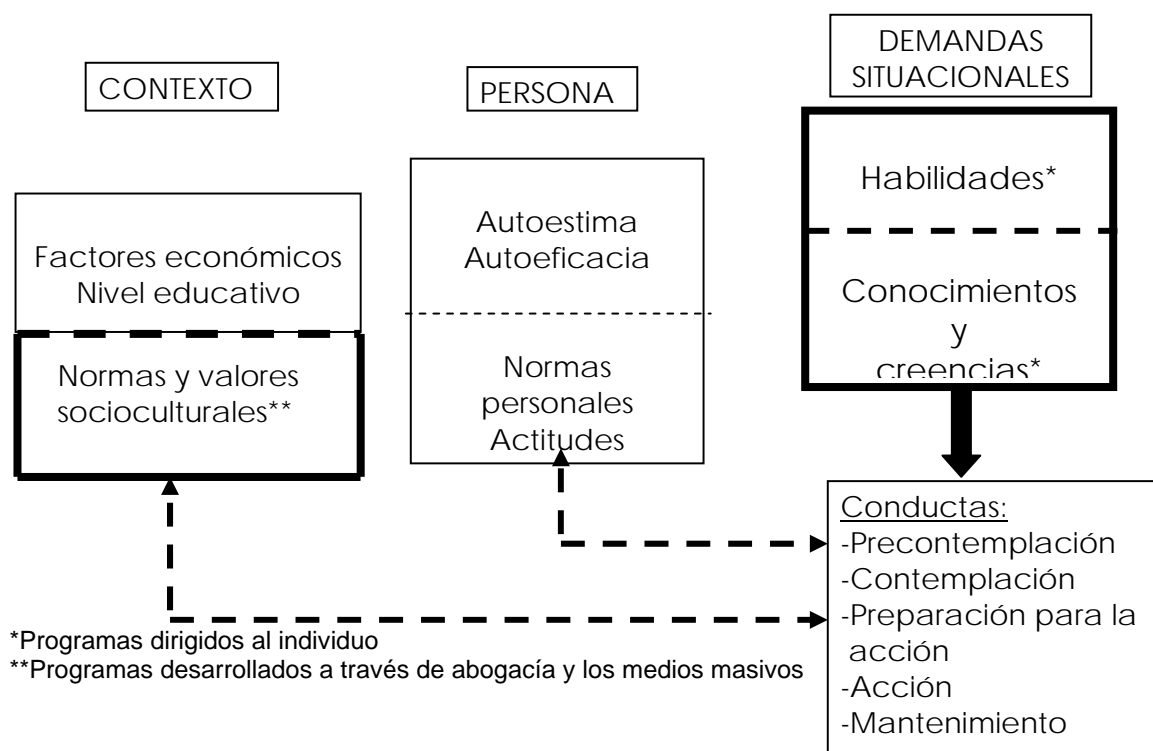


Figura 1. Modelo de Intervención comunitaria<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Pick, S., Poortinga, Y., y Givaudan, M. (2003). Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 422-429.



*El contexto.* Se refiere a las características del medio en donde se desarrolla una persona. Entre ellas tenemos el nivel socioeconómico, la educación formal y los factores socioculturales (normas y valores).

El nivel socioeconómico está estrechamente relacionado con el nivel de salud y la calidad de vida (Duncan y Brooks-Gumm, 2000; Lachman y Weaver, 1998). Limita el acceso a recursos que permiten a la persona prevenir enfermedades y mantener una salud adecuada. Los miembros de un grupo de alto nivel económico tienen acceso a todo tipo de recursos materiales y no materiales que no se encuentran disponibles para la gente de niveles bajos, como son: comida, agua fresca, así como información y educación (IMIFAP, 2001).

La educación formal está relacionada con el acercamiento a estilos diferentes de vida y cuidado de la salud. Brinda opciones y alternativas distintos a las existentes en el contexto primario y da la oportunidad de elegir la que más convenga a la persona. Un nivel de educación formal limitado reduce estas posibilidades.

Las normas y valores de un contexto específico son transmitidas a través de dos procesos: la endoculturación y la socialización. El primer proceso se da de manera no planeada y no formal, por el contacto del individuo y su cultura particular, y lo convierte en una persona eficaz para moverse en su entorno. En la socialización, la transmisión de normas y valores se realiza de manera propositiva y dirigida, con estrategias definidas (Berry, Poortinga, Segall, y Dasen, 1992). Las normas definen las expectativas sociales, reforzando las conductas que son aceptables en las interacciones entre compañeros, amigos y parientes en diferentes ámbitos, como el trabajo o la escuela. Su estudio y entendimiento brindan un panorama más claro de los factores de riesgo y protectores con los que cuenta una comunidad y de cuál sería la mejor manera de instrumentar un programa. No se trata de cambiar el contexto, sino más bien de reestructurarlo a partir de sus propias necesidades y recursos.

*Características de la persona:* Este nivel se refiere a aquellas características de la persona consideradas estables a través del tiempo y de diferentes

---

situaciones. Dentro de éstas se encuentran la autoeficacia y la autoestima, características que son valoradas como centrales en el bienestar de una persona. Estas variables personales amortiguan de cierta forma el impacto del contexto (léase: condiciones socioeconómicas, acceso a recursos, normas, y valores, etc.) en la calidad de vida: en la salud física, relaciones interpersonales, oportunidades laborales, etc. (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003; Lachman y Weaver, 1998; Norman, Bennett, Smith, y Murphy, 1997).

*Demandas situacionales:* En este nivel se hace referencia a las herramientas necesarias para enfrentar situaciones específicas. Entre éstas se encuentran las habilidades, las conductas, los conocimientos y las creencias. La adquisición de habilidades permite a las personas incrementar su repertorio de acciones y elegir las que sean más adecuadas para enfrentar una situación particular y que las llevarán a los resultados que esperan. Las creencias son definidas como información errónea que tiene la persona y que influyen en su toma de acción. Los conocimientos se refieren a la información de hechos concretos que se tiene acerca de un tema en particular. Es precisamente en este nivel en el que se centran la mayoría de las intervenciones que se realizan en IMIFAP. El objetivo es facilitar el desarrollo de habilidades y conductas, la adquisición de conocimientos reales, basados en hechos científicos, que faciliten la toma de acción para el cuidado de la salud.

Se espera que la adquisición de habilidades y conocimientos y la realización de conductas influyan en la autoestima y en la autoeficacia. Al mismo tiempo, y como un proceso bidireccional, el incremento en estos dos elementos influirá en la adquisición de nuevas habilidades y conductas y en el mantenimiento de éstas en el tiempo. También se espera que el incremento en estos dos niveles conduzca, a largo plazo, a la realización de acciones para lograr modificaciones en las estructuras contextuales. Es decir, si una persona adquiere habilidades y conocimientos para su autocuidado, su nivel de autoeficacia y autoestima se incrementaría. Esto se vería reflejado en un sentimiento propio de poder que le permitiría seguir desarrollando habilidades y desmintiendo creencias erróneas y llevar a cabo estrategias que impliquen modificaciones a nivel contexto.

---

De acuerdo con el capítulo anterior, los programas de promoción de la salud más efectivos son los que se enfocaban en la adquisición de habilidades y tenían una estructura clara y delimitada, utilizaban estrategias metodológicas vivenciales y dinámicas, contaban con seguimiento y evaluación, e incorporaban elementos del contexto a sus contenidos y estrategias. El modelo de desarrollo comunitario presentado por IMIFAP cumple con estas características: trabaja con la adquisición de habilidades y conocimientos, representados en el nivel de demandas situacionales; desarrolla talleres y capacitaciones que se basan en técnicas vivenciales y que son relevantes socialmente; incorpora estrategias de seguimiento y cuenta con sistemas de evaluación de la efectividad de los programas que implementa, y toma en cuenta las características del contexto y la influencia que ejercen sobre la adquisición de habilidades y conocimientos y en el nivel de autoeficacia de las personas.

Este modelo es el que se siguió para la implementación del programa de habilidades para la vida en la presente investigación. No es el modelo de evaluación que se propone, más bien el modelo para llevar a cabo intervenciones de Desarrollo Comunitario. Los siguientes capítulos abarcarán cada uno de los niveles propuestos, intentando darles la particularidad que toman para esta investigación.

#### IV. Nivel de contexto

*Le han cantado a Veracruz, a San Luis y a Tamaulipas.  
Con gusto le canto a Hidalgo que tiene cosas bonitas*

Nicandro Castillo “El Hidalguense”

*Molango si tu estuvieras cerca de la capital, seguro  
que la vencieras en belleza natural.  
Por eso es que me consuela que alejado estés de acá,  
Pues el que admirarte quiera que le cueste ir hasta  
allá.*

Homero Anaya Lara “Mi pueblito es así”

El contexto da forma y fondo al desarrollo de las personas. Las creencias, habilidades, formas de comportamiento, etc., están influenciadas por el ambiente que rodea al individuo, quien aprende a comportarse como es reforzado en la sociedad en la que habita (Berry, Poortinga, Segall y Dasen, 1992). Estos aprendizajes lo llevan a realizar conductas o no para mantener y promover su salud. Por ello el contexto es un elemento importante que es necesario tomar en cuenta para entender y modificar los comportamientos de las personas y guiarlos hacia aquellos que fomenten la salud. Para entender las relaciones que tiene el ambiente con el desarrollo humano, tomaremos como referencia el Modelo Ecológico de Bronfembrenner.

*Un modelo ecológico de desarrollo humano (Bronfembrenner, 1979).*

Bronfembrenner concibe el desarrollo humano como producto de las interacciones que tiene el individuo con los sistemas ambientales que lo rodean. Esta visión sitúa a la persona en un papel activo y dinámico en relación con el medio, que se adentra progresivamente en el entorno en el que vive. Así mismo, se ve el ambiente no como algo estático, sino cambiante, y con una relación bidireccional de influencia entre el individuo y su contexto, es decir, establecen una relación de *reciprocidad*. El ambiente ecológico es percibido como algo que va más allá de lo inmediato y que afecta directamente a la persona. Se concibe como “una distribución de posiciones seriadas de estructuras concéntricas en la que cada una contiene a la siguiente”

---

(Bronfembrenner, 1979; p. 41). Dentro de esta percepción, no existen niveles de importancia diferenciada: se da el mismo valor a todas las interacciones con otras personas, a la naturaleza de estas interacciones y a la influencia indirecta que ejercen en el desarrollo de la persona. A esas estructuras concéntricas se les conoce como micro, meso, exo y macrosistemas.

El microsistema sería el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno específico (Bronfembrenner, 1979). Se llevan a cabo en un entorno en el que las personas pueden interactuar cara a cara. El desarrollo humano en este nivel tendría que ver con el cambio en el patrón de actividades y roles con los miembros de este sistema. El mesosistema comprende las interrelaciones que se establecen entre dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Por ejemplo, las relaciones que se entablan entre la escuela y la comunidad en la que vive el individuo, entre el trabajo y la familia, etc. Cada vez que la persona entra en un nuevo entorno, el mesosistema se amplía. El exosistema se refiere a uno o más entornos en los que el individuo no participa, pero en los cuales se realizan hechos que afectan el desarrollo del individuo. Por ejemplo, la junta directiva, el comité vecinal o comunitario, etc. Por último tenemos el microsistema, que se refiere a la cultura y subcultura, sistemas de creencias y valores que promueve que exista correspondencia entre los sistemas que contiene.

El desarrollo humano, dentro de esta visión, se debe a una *transición ecológica*, que ocurre cuando la posición de una persona en el ambiente se modifica como resultado de un cambio de rol, de un entorno o de ambos a la vez. Los cambios en el ambiente pueden ocurrir en cualquiera de los sistemas. Esta transición ecológica es, a la vez, consecuencia y motivo del proceso de desarrollo: la persona se vuelve su propio nivel de comparación antes y después de una modificación en el ambiente.

De acuerdo con esta teoría, entonces, situamos a las personas inmersas en constante relación con su medio ambiente, ya sea a través de las interacciones

---

primarias o de primera mano con las demás personas en un entorno específico; a las relaciones que establecen en diferentes entornos, y/o a la influencia que ejerce el entorno social a través de las normas y valores implícitos en una sociedad y a las condiciones de acceso a recursos tanto económicos como materiales y sociales. Por este importante dinamismo entre la persona y su ambiente, no puede dejarse de lado el contexto como factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la salud de las personas. En particular, la influencia que tiene el macrosistema, que es este sistema de creencias, valores, normas, ideas, etc., que subyace en la conducta de las personas y es transmitido a través de procesos de la endoculturación y la socialización (Berry, y cols. 1992), y que la persona no puede modificar directamente.

### *La transmisión cultural*

La transmisión cultural es el proceso mediante el cual, por medio de la enseñanza aprendizaje, un grupo cultural perpetúa sus códigos de comportamiento a través de generaciones (Berry y cols., 1992). Esta transmisión cultural se puede dar de manera vertical, es decir, de generación en generación (padres a hijos), y de forma horizontal, es decir, a través de los pares. Por medio de la transmisión cultural se transfieren los valores culturales, habilidades, creencias y motivos. Cuando esta transmisión ocurre dentro de la propia cultura se llama endoculturación y/o socialización. La endoculturación se refiere al aprendizaje incidental o no formal por medio del cual el individuo aprende lo que requiere para funcionar dentro de su grupo cultural. En la socialización, la enseñanza aprendizaje tiene un carácter formativo, estructurado y un objetivo claro. El resultado de la socialización es el desarrollo de similitudes conductuales dentro de los individuos de una misma cultura y diferenciaciones entre distintas culturas. En el área de la salud, estos procesos de transmisión cultural cobran relevancia al destacar que un grupo cultural refuerza y promueve comportamientos que pueden ser factores de riesgo y/o protección y que deriva en las diferencias transculturales en el nivel de salud (Berry y cols., 1992).

---

A partir de que se descubrió la forma en que agentes del entorno (patógenos o medio ambientales) interfieren en la salud humana, quienes se interesan por el mantenimiento de la salud y su promoción volvieron la mirada hacia el ambiente y lo que había en él que propiciaba cierto tipo de padecimientos (Berry, y cols. 1992; Taylor y Repetti, 1997). Cuestiones como el nivel socioeconómico, los estilos de interacción familiar, el grupo de pares, etc., tienen que decir al respecto de llevar a cabo conductas que pueden poner en riesgo la salud o, por el contrario, propiciar conductas que lo protegen. Es importante resaltar, sin embargo, que las condiciones medioambientales no afectan a todos por igual: existen diferencias a nivel individual. De estas diferencias nos ocuparemos más adelante. Sin embargo, existe, de fondo, un contexto similar que interfiere en el desarrollo personal y que es importante analizar.

#### *Nivel socioeconómico*

El nivel socioeconómico (comúnmente medido por ingreso mensual, años de educación y ocupación) ha establecido relaciones directas con el nivel de salud de las personas. A mayor nivel socioeconómico, mejor nivel de salud (Adler y Mathews, 1994) y menor riesgo de enfermedades infecciosas (Williams y Collins, 1995). Un alto nivel socioeconómico asegura el acceso a mejores servicios de salud y medicinas de alta calidad (Trout, 1993). Por otro lado, el nivel socioeconómico delimita el lugar en el que viven las personas. Un nivel económico bajo está relacionado con vivir en lugares poco higiénicos, sobrepoblados, con altas tasas de delincuencia, acceso limitado a servicios de salud de calidad y pocos lugares recreativos (Sooman y Macintyre, 1995).

#### *El ambiente familiar*

Algunas características del ambiente familiar que están asociadas con la salud son la falta de apoyo emocional de los padres hacia los hijos y un alto nivel de conflicto en el hogar (Taylor y Repetti, 1997). Un estilo parental frío y más bien desapegado está relacionado con retardos en el desarrollo de los niños y mayor presencia de enfermedades (Bradley, 1993). Un ambiente familiar estresante, caracterizado por conflictos frecuentes, se relaciona con síntomas psicossomáticos en los adolescentes (Mechanic y Hansell, 1989). El abuso

---

infantil está relacionado con la presencia de severos padecimientos crónicos, uso y abuso de drogas, conductas sexuales de riesgo, bajo desempeño académico, aislamiento social, etc. (Braaten, 1996; Springs y Friedrich, 1992).

Por otro lado, la adquisición de ciertos hábitos y conductas está relacionada con la presencia de ellas en el hogar. Por ejemplo, el hábito de fumar y el abuso del alcohol tienen que ver con qué tan expuesto estuvo el adolescente a modelos que los utilizaban (Denton y Kampfe, 1994). Al mismo tiempo, adolescentes cuyos padres usaban drogas están más expuestos a ambientes estresantes y hostiles, y son más vulnerables a éstos (Barrera y Chassin, 1995).

#### *Los pares*

La influencia del grupo de pares en la realización de conductas de riesgo ha sido revelada en varios estudios. La utilización de drogas, las conductas sexuales de riesgo, etc. tienen mayor probabilidad de ocurrir si en el grupo de pares tienen presencia importante (Walter, 1992). Esta influencia está mediada por la relación con los padres: si ésta es una relación cercana, de apoyo emocional cálido y constante, entonces la influencia es menor (Mount y Steinberg, 1995).

#### *El ambiente social*

Como habíamos mencionado antes, el grupo social al que pertenecemos funciona como medio de aprendizaje y reforzamiento de actitudes y conductas que afectan la salud. Las personas que muestran mayor integración social exhiben mayores conductas preventivas, por ejemplo, menor uso de alcohol y tabaco (Broman, 1992), mayor cantidad de días de ejercicio y mayor probabilidad de realización de exámenes de chequeo (Bobvjerg, McCann, Brief, Follete, Retzlaff, y cols, 1995). La influencia que ejerce el ambiente social en la salud depende de qué tanto favorece la realización de conductas saludables y qué tanto la obstaculiza o promueve la realización de conductas que ponen en riesgo la salud (Taylor y Repetti, 1997).

---



Éstos son algunos de los elementos del ambiente que influyen en la salud. El nivel socioeconómico, el entorno físico en el que se vive, la accesibilidad a servicios de salud, las relaciones entre padres e hijos, la interacción con los pares y demás dan forma a la manera en que las personas actúan y deciden manejar su salud. La influencia que tiene el contexto en el desarrollo personal es innegable y poderosa. La persona se encuentra dentro de sistemas de interacción continua y dinámica, es influida y también influye, aprende a comportarse de manera que pueda ser apta para vivir en ese contexto, adquiere valores y creencias que afectan su manera de comportarse y la diferencian de otros grupos culturales. Estas particularidades son las que nos llevan a describir el contexto en el cual se desarrolla esta investigación, ya que cobran relevancia al momento de la planeación, realización y análisis de los resultados obtenidos y su relevancia con la promoción de la salud en este contexto específico.

### **Contexto específico: la Huasteca Hidalguense**

El estado de Hidalgo se encuentra localizado en el centro del país, entre los estados de México, Tlaxcala, Puebla, Veracruz, San Luis Potosí y Querétaro. Es atravesado en su parte media por la Sierra Madre Oriental, que recorre longitudinalmente todo su territorio, lo que origina nueve grandes regiones naturales que lo conforman geográficamente: la *Huasteca*, que se extiende por los estados de San Luis Potosí, Veracruz, Tamaulipas, Querétaro y Puebla; la *Sierra Gorda*, que es la que colinda con el estado de Querétaro; la *Sierra Alta* y la *Sierra Baja*, que son brazos que se desprenden de la anterior hacia la zona central del estado; la *Sierra de Tenango*, que se extiende hacia Puebla y Veracruz, y los territorios de la región central, que conforman cuatro valles: el *Valle del Mezquital*, el *Valle de la Teotlalpan*, los *Llanos de Apan* y el *Valle de Tulancingo* (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2005). En esta sección nos ocuparemos particularmente de la Huasteca.

---



Ilustración 1. Ubicación geográfica de la región de la Huasteca hidalguense. Fuente: [www.imta.gob.mx](http://www.imta.gob.mx)

### *Ubicación geográfica*

La Huasteca ocupa la zona conocida como Costa del Golfo del Altiplano Central. Se trata de una llanura de alrededor de 70 kilómetros de ancho que, al ir descendiendo, da lugar a pequeñas colinas. Limita al norte con el río Pánuco, al sur con el río Cazonces y con la región conocida como el Totonacapan, al occidente con las montañas de la Sierra Madre Oriental, que baja hacia la costa atravesada por numerosos ríos de la vertiente del Golfo de México, el cual constituye su límite por el oriente. Esta amplia extensión abarca, principalmente, tres estados: San Luis Potosí, Veracruz e Hidalgo. Aunque se comparten características sociodemográficas similares, cada uno de los estados valora su porción de Huasteca de diferentes formas: para San Luis Potosí es la zona más productiva del estado; en Veracruz, es la zona de mayor marginalidad, y en Hidalgo está marcada por los movimientos agrarios de las últimas décadas (CIESAS, 2002). Los municipios que abarca la Huasteca Hidalguense son nueve, y son: Atlapexco, Huejutla, Huautla, Jaltocán, Yahualica, San Felipe Orizatlán, Xochiatipan, Huazalingo y Tlanchinol, siendo Huejutla la ciudad de mayor importancia.

### *Biodiversidad*

La Huasteca es una zona de clima cálido húmedo que propicia riqueza de recursos naturales. En la Huasteca los árboles nunca pierden las hojas y las

plantas florecen casi todo el año. Existen árboles de madera fina, como el cedro, la caoba y el ébano, y diversidad de frutos tropicales, como la naranja, el plátano, el tamarindo, el mamey, el cacao, el café y la caña de azúcar. Su fauna es abundante: existen aves, como garzas, tordos, alondras, cotorras, palomas y colibríes. Entre los mamíferos se encuentran conejos, tejones, tlacuaches y, en menor medida, algún jabalí, gato montés, coyote y venado cuachichoco. Tiene reptiles pequeños y serpientes, algunas muy venenosas, como la coralillo, la nauyaca y la ayacachtli o cascabel (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2005).

### *Composición étnica*

La Huasteca tiene una composición multiétnica desde su origen prehispánico. En esta zona se asentó la cultura teenek o huasteca y compartía el territorio con al menos otros cinco grupos étnicos (totonacas, chichimecas, nahuas, tepehuas, otomíes). La cultura teenek tuvo su auge entre los años 750 a.C. y 800 d.C. Los huastecos forman parte de los pueblos dominados por el imperio mexica, al que tributaban productos claves: mantas preciosas, algodón, maíz, chile, cacao, camarones, sal, pescados y miel de abeja, aunque el territorio nunca fue conquistado totalmente y fue escenario de continuos enfrentamientos y guerras (INI, 2002). La población de 5 años y más que habla una lengua indígena representa, en promedio, el 45 % de todos los habitantes de la Huasteca (INEGI, 1995). Si se observa la proporción de población indígena por estado, se halla que en San Luis Potosí los habitantes indígenas de la región de la Huasteca representan el 96% del total de indígenas del estado, mientras que en Hidalgo constituyen el 46% y en Veracruz el 33%. El idioma náhuatl predomina en la región de la Huasteca Hidalguense y el 77% de la población que lo habla es bilingüe. La población monolingüe está formada principalmente por las mujeres y los niños (INEGI, 2005).

### *Actividades económicas*

La actividad económica que predomina en la Huasteca es la agropecuaria, con el 56% de la población dedicada al sector primario, el 17.5% al secundario y el 26.6% al terciario (INEGI, 2005). En el sector secundario se encuentran

---

actividades de procesamiento artesanal de la caña, el café y de otros productos de origen agropecuario, talleres familiares de elaboración de muebles y huaraches, entre otros. En el terciario, actividades de comercio familiar, transportación y educación. En algunas regiones, como en San Felipe Orizatlán, Hgo., se encuentran algunas agroindustrias, y en Jaltocan y Huejutla existe la presencia de maquiladora de prendas de vestir (bordados en manta) y la industria productora de alimentos de la región (queso, miel, pan, etc.).

### *Desarrollo social*

La Huasteca se caracteriza por la ausencia de ciudades (con excepción de Huejutla), una economía principalmente rural, el predominio marcado de actividades dependientes del uso de los recursos locales y la deficiencia en las comunicaciones, que dan como resultado los niveles de marginación de esta región. Los niveles de marginación y desarrollo social son tomados de diversos indicadores, entre los que se encuentran: el nivel de analfabetismo, número de personas con primaria incompleta, características de la vivienda, número de habitantes en la localidad, y nivel de ingresos de las familias (CIESAS, 2002).

En relación con la vivienda, se caracteriza por estar construida de adobe, con poca luz, piso de tierra y techo de ramas. En ella viven, en promedio, 6 personas (INEGI, 2005). Las comunidades indígenas de la Huasteca hacen uso de los recursos naturales que les brinda el ambiente, por accesibilidad a ellos y por identidad cultural. Con relación al acceso a servicios, el 55.2% dispone de agua potable, el 71.8% tiene servicio sanitario exclusivo (letrinas particulares) el 84.8% cuenta con energía eléctrica y el 70.6% cocina con leña y/o carbón (INEGI, 2005).

En cuanto a los niveles de analfabetismo, la región Huasteca se encuentra entre las cuatro zonas de mayor índice de analfabetismo en México, junto con Guerrero, Chiapas y Oaxaca. En el estado de Hidalgo, el 36.8% de la población indígena es analfabeta y el 23% no tiene primaria completa.

En relación con el acceso a servicios de salud, el 83.5% de la población indígena de la Huasteca Hidalguense no es derechohabiente de los servicios

públicos (INEGI, 2005). La distancia respecto de las ciudades dificulta el acceso a los sistemas de salud y a las escuelas, lo que ha resultado en altos índices de mortalidad en las comunidades rurales e indígenas. Muchas de las comunidades indígenas carecen de atención médica debido a la ausencia de clínicas cercanas, a la falta de médicos o a la intransigencia y maltrato de éstos hacia los pacientes (Vivar, 2000).

Las vías de acceso a las comunidades indígenas de la Huasteca, en general, se caracterizan por ser carreteras de tierra, transitables sólo en épocas de secas, ya que se vuelven imposibles con la lluvia. Para la mayoría de las comunidades existe un transporte que tiene horarios fijos de partidas y sólo hay un viaje de ida y otro de vuelta a las cabeceras municipales o a los poblados más grandes. Esto hace que el acceso a ellas se vea restringido y la opción para entrar o salir a la comunidad sea caminando a través de brechas en los cerros o sobre la terracería.

### *Festividades religiosas*

En la Huasteca Hidalguense, las fiestas están enmarcadas en un ámbito religioso, siendo el común denominador la fiesta para celebrar al santo patrono de cada comunidad. Las fiestas funcionan como un mecanismo que mantiene la identidad indígena debido a la incorporación de símbolos que pertenecen a tradiciones milenarias que han pasado de generación en generación. “La fiesta con sus procesiones, el incienso, sus fuegos artificiales, sus multitudes, su colorido, no es un simple mecanismo de prestigio y de equilibrio económico, sino también la creación de un momento mágico-mitológico y de relaciones sociales, económicas y políticas, cuando hombres y mujeres, trascendiendo la realidad de la vida cotidiana, avanzan en procesión y entran en el recinto sagrado de la iglesia” (CIESAS, 2002).

La fiesta más importante de las comunidades huastecas es el denominado *Xantolo*, o *Fiesta de todos los santos*. De acuerdo con el profesor Refugio Miranda, indígena de la Huasteca Hidalguense, lingüista y estudioso de los pueblos indígenas de la región, esta fiesta se celebraba al inicio de la

---

temporada de cosecha (agosto) y se invitaba a compartir lo recolectado con los muertos. A la llegada de los misioneros españoles, se empata esta fiesta con el calendario católico para celebrar el Día de Todos los Santos, convirtiéndose en la más grande y colorida de esta región.

### *Composición familiar*

En las comunidades indígenas de la Huasteca, el parentesco tiene un valor fundamental. Dentro de la familia se toman las decisiones más importantes en lo político, lo económico y lo religioso. En esta toma de decisiones no participan los miembros solteros, pues no se les considera adultos ni se les atribuye ninguna responsabilidad.

En relación con los roles de hombres y mujeres en el ámbito económico, se encuentran diferenciados según el sexo: el hombre se encarga del trabajo en el campo (chapuleo) y de la construcción del hogar. La mujer se encarga de la limpieza del hogar, el cuidado de los hijos, la comida, el huerto familiar, la vestimenta, etc. (INI, 2002). Si el hombre emigra en forma temporal, la mujer se hace cargo de la parcela, contratando peones para las labores pesadas y administrando el dinero que le envía el esposo. Responsable de la subsistencia cotidiana, la mujer se desempeña para generar pequeñas fuentes de ingresos monetarios, sea a través de la venta de aves, huevos, quelites, hierbas de olor, frutas, en la misma comunidad o acudiendo a las plazas locales para vender café, frijol, maíz, plátano, en pequeñas cantidades (CIESAS, 2002). Este tipo de comercio local contribuye a la manutención de la tradición de las plazas y al aprovechamiento de los recursos naturales.

### *Conclusión*

La Huasteca es una zona rica en biodiversidad y recursos naturales. Sin embargo, las condiciones de acceso a las comunidades, la escasez de servicios básicos de salud y de vivienda, los niveles altos de analfabetismo, la lejanía respecto de las principales ciudades, etc., hacen que sea una zona de nivel de marginación alto, que ocupa el cuarto lugar de entre las regiones más marginales de México (CONAPO, 1995). Este marginación trae consigo

---

consecuencias en los niveles de salud y saneamiento en la población y un escaso desarrollo social (CIESAS, 2002). La manutención de los roles de género y de los estilos patriarcales en la toma de decisiones tiene como resultado las desigualdades a nivel educativo y de salud que viven mujeres, niñas y niños (Zapata y Mercado, 1996). Los grupos indígenas comparten una cosmovisión, a través de la cual perciben y entienden el mundo. El lenguaje es uno de los elementos de identidad más importantes en esta cosmovisión. Esto se ha visto como un elemento que obstruye el desarrollo de las comunidades. Sin embargo, no se trata de que unifiquemos el idioma que hablamos y de que percibamos mundos similares, sino de reconocer las diferencias y encontrar los caminos para facilitar la comunicación y el entendimiento mutuo. Tomar en cuenta los elementos anteriores en el estudio de los niveles de salud de las comunidades indígenas de la Huasteca Hidalguense permite tener una visión más integral y poder realizar planeaciones de programas de desarrollo comunitario con mayor impacto y mejor aplicación.

Por otro lado, como se comentó al inicio del capítulo, la socialización se refiere a los procesos estructurados y dirigidos de transmisión de valores, normas y conductas validas para un grupo en particular (Berry, y cols. 1992). Utilizando este proceso de socialización, la adquisición de habilidades y conductas saludables se puede llevar a cabo a través de estructuras formales de aprendizaje, en particular, en la escuela. Debido a ello, se hablará de manera general sobre las características de la educación indígena y su evolución en la historia.

El estilo de vida en las comunidades rurales dificulta la asistencia y permanencia de los niños en la escuela. Se estima que el 55.8% de los alumnos del nivel de primaria abandona sus estudios durante los tres primeros grados y que otro 16.2% lo hace durante los tres últimos (Pacheco, 1995). Esto puede deberse a varias razones: a) la temprana participación de los niños y las niñas en las actividades del hogar o del campo, b) problemas de salud, c) migración a las ciudades, d) el 40% de las primarias ofrecen sólo los tres primeros grados y atienden al 17% de la matrícula total (Pacheco, 1995), y e), a la resistencia de las comunidades rurales, en especial las indígenas, a la

---

educación escolarizada, por considerarla amenazante a su cultura y tradiciones.

### *Breve Historia de la Educación Rural e Indígena en México*

La población indígena de México constituye el 9.3% de la población total del país, que es el de mayor población indígena en América Latina (INEGI, 2005). La mayoría vive en comunidades rurales, lo que nos da una idea de las circunstancias económicas, políticas y sociales en las que se encuentra.

“Al indígena se le consideró un problema porque se le tenía como una vergüenza nacional: los cientos de miles de indígenas del país no hablaban castellano, tenían costumbres calificadas como exóticas, se vestían de modo raro o de cualquier manera, y sólo se les toleraba por los crecidos rendimientos que traían al comerciante, al cura, al político y al hacendado” (De la Fuente, 1964).

Sin olvidar que desde la conquista se ha tratado de “educar” a los indígenas, con la intención de borrar sus conocimientos y obligarlos a aprender otros nuevos, ajenos a ellos, se iniciará el recuento a partir del triunfo de la Revolución Mexicana, ya que es entonces cuando se concibe a la educación de los indígenas como un instrumento integrador de la nación (Pérez y Recino, 2000).

En 1911, Francisco León de la Barra emitió un decreto para establecer escuelas de instrucción que enseñaran a los indígenas a hablar, leer y escribir en español y las opciones básicas de aritmética. La idea general que se tenía por aquel entonces era que los indígenas eran grupos “bárbaros” que habían conseguido sobrevivir, a pesar del olvido en el que se les había dejado y, ya que seguían existiendo, no quedaba otra opción que tratar de “reivindicarlos” (Pérez y Recino, 2000).

En la década de los años 20 y 30, comenzó la preparación de profesores rurales con el objetivo de ganar la confianza de los indígenas y resolver

---



necesidades de salud y organización. Como eran misiones temporales, obtenían éxito al inicio; sin embargo, al momento de cambiar de lugar se perdían los logros (Pérez y Recino, 2000).

En 1937 se crea el Departamento de Educación Indígena, el cual tuvo como propósito llevar una educación “formal” a las comunidades rurales indígenas. En 1948, con la idea de “castellanizar” a los indígenas o “hacer de un indio un individuo civilizado”, se crea el Instituto Nacional Indigenista. En 1951 entra en funcionamiento el Centro Coordinador Tzetzal-Tzotzil en Chiapas, que es resultado de la amplia apertura de escuelas en las comunidades indígenas. Un año después se inscriben las primeras 98 alumnas en las escuelas indígenas, aunque la educación que se les brinda está relacionada con actividades cotidianas del ámbito doméstico (Pérez y Recino, 2000).

Hasta esos momentos los indígenas habían sido educados en español. Los maestros evitaban que los niños se comunicaran en su idioma. Durante todo este tiempo se tuvo la idea de que el indígena debía dejar sus costumbres no civilizadas y cambiarlas por las generales para ser productivo y “mejor persona”. Por eso los profesores, aun siendo indígenas, no hablaban en su lengua nativa y despreciaban sus costumbres.

En la década de los sesenta comienza un conflicto acerca del modelo que debiera seguir la educación indígena. Por un lado estaban los que defendían el modelo tradicional del “monolingüismo”, es decir, educar en español a los indígenas; por el otro, aquellos que votaban por la educación bilingüe, es decir, educar al indígena en su propia lengua (De la Fuente, 1964). Aunque esta última tiende a ser una visión reformativa y toma en cuenta, en parte, a la misma comunidad indígena, tiene algunos residuos de la mentalidad “salvadora” de su época. Se sigue hablando de incorporar a los indígenas a la vida nacional, una vida que está orientada básicamente a las ciudades.

A principios de la década de los setenta la política educativa nacional tomó el enfoque denominado bilingüe bicultural. El concepto bilingüe se refiere a que el niño pueda hablar dos idiomas, mientras que el concepto bicultural carece de

---

precisión, ya que se considera a un sujeto que asimila dos culturas distintas (Pérez y Recino, 2000).

En 1974, en el primer Congreso Indígena en San Cristóbal de las Casas, se dan a conocer algunos de los problemas que tenían las comunidades con respecto a la educación. Entre ellos estaban: a) La introducción de costumbres incompatibles con la cultura de las comunidades, con el resultado de que los indígenas negaran su propia cultura; b) los educadores que mandaba el Instituto Nacional Indigenista (INI). a pesar de ser de origen indígena, traían ideas urbanizadas con las que educaban a los niños, obligándolos a hablar en español; c) Los materiales didácticos que suministraba el Estado eran vendidos por los profesores a los habitantes de la comunidad, y así los convertían en un negocio y d) uno de los más graves era que la educación influyó en los habitantes de las comunidades, en especial en los niños y los jóvenes, para que repudiaran sus costumbres y su condición indígena, perdieran el interés por las actividades del campo y quisieran ir a las ciudades. En 1978, el INI no pudo seguir con la cobertura en la región de los Altos de Chiapas y delegó su responsabilidad en la Secretaría de Educación Pública (SEP), bajo la Dirección General de Educación Indígena (DGEI) (Pérez y Recino, 2000).

Los años ochenta se caracterizaron por la manifestación constante de cambios culturales favorables y en la mayoría de los casos desfavorables para las comunidades, llegando incluso a formar parte de la vida cotidiana de los pueblos indios (Pérez y Recino, 2000).

Hasta aquí la estructura del sector educativo se encontraba funcionando a partir del patrón federal-estatal-privado. En 1992 se promulga la federalización de la educación. Con ésta el gobierno federal traspasa a las entidades los establecimientos de carácter técnico y administrativo –derechos y obligaciones, muebles e inmuebles– para continuar prestando los servicios. La federación transfiere los recursos para que los gobiernos estatales lleven a cabo estos servicios. El gobierno federal conserva la normatividad sobre el sistema y la elaboración de planes y programas para la educación básica y normal (Pacheco, 1995).

---

Aunque se ha observado un avance en relación con la educación indígena y la rural, sigue presente, aunque oculta, esa idea de “civilizar” a las comunidades indígenas y rurales. En el hecho de que los contenidos de los libros y materiales didácticos estén orientados a las comunidades urbanas y sean ajenos a las costumbres y tradiciones de las comunidades rurales e indígenas se observa la tendencia a no valorarlos y darles la educación que merecen.

### *Panorama actual de la educación en las comunidades rurales e indígenas*

Según la FAO (1998) la educación rural en América Latina tiene deficiencias en cobertura, calidad y retención del estudiante. Su currícula no reconoce las necesidades étnicas y culturales de las regiones, y la capacitación de los profesores es deficiente.

En la mayoría de los países del Continente Americano, la población urbana tiene niveles educativos más altos que la rural. De acuerdo con la FAO (1995), el analfabetismo en las áreas rurales es el doble o más que en las urbanas. Además, los contenidos de la currícula obligatoria no han sido modificados y transmiten principios de inequidad y una desvalorización tanto de los pobladores rurales como de las mujeres.

En México, la federación desarrollo los programas de educación y los gobiernos estatales se encargan de llevarlos a cabo (Pacheco, 1995). Ya se ha mencionado que uno de los problemas de las comunidades rurales consiste en las distancias respecto de las ciudades. Es importante mencionar que la educación inicial y especial es cubierta en las entidades federativas predominantemente en los asentamientos de mayor desarrollo urbano. Además, algunas escuelas sólo cubren hasta el tercer grado de primaria. Al mismo tiempo, la educación escolar en las comunidades indígenas se ve obstaculizada por diversos factores sociales, que ya se habían mencionado, como son: la incorporación de los niños al trabajo del campo o del hogar y la resistencia de las comunidades indígenas a la escuela.

---

Este último punto es muy importante de analizar. Por un lado, la educación representa un medio de defensa en contra de la explotación económica y la discriminación racial. Responde a algunas de las necesidades más urgentes de los individuos: trabajo, salud y la adquisición de instrumentos para realizar su labor. Al aprender español y algunas operaciones matemáticas, pueden negociar, vender su trabajo y comprar sus herramientas y materiales (Vivar, 2000). Por el otro lado, la escuela y los libros se perciben como amenazantes para las costumbres y normas tradicionales, debido a que su contenido curricular poco tiene que ver con los conocimientos e historia indígenas y trae en consecuencia una desvaloración de los jóvenes hacia su cultura y un desprecio hacia sus raíces (Pérez y Recino, 2000; Vivar, 2000).

Debido a ello, es necesario hacer una llamada de atención a las autoridades encargadas de realizar y desarrollar los programas y contenidos escolares para que tomen en cuenta los conocimientos, historia, tradiciones y costumbres de las comunidades rurales e indígenas e integrarlos al programa nacional.

Con respecto a las circunstancias laborales de los maestros rurales, se puede decir que no existen los suficientes recursos tanto de infraestructura como de material didáctico con que impartir los cursos. Muchas veces los profesores se sienten incapacitados para superar los problemas que afectan a la escuela y a su desempeño. Esto los lleva a generar actitudes negativas que influyen en los resultados del aprovechamiento de los alumnos (FAO, 1994).

Sin embargo, existen también casos en los que, con todo y las carencias y las condiciones inadecuadas de trabajo, los maestros se esfuerzan por transmitir los conocimientos a sus alumnos, basados en su propia experiencia (Pérez y Recino, 2000).

Existen en México varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales que han contribuido a la enseñanza indígena y rural. La Comisión Nacional para el Fomento Educativo (CONAFE) ha desarrollado diversos programas para llevar a cabo en el medio rural (SEP, 2001). Entre ellos se encuentran:

CONAFE Indígena (Proyecto de Atención Educativa a la Población Indígena – PAEPI). Es un proyecto que proporciona los servicios educativos de preescolar y primaria a niños de pequeñas comunidades indígenas dispersas. Los instructores comunitarios que se encargan de su atención son hablantes de la misma lengua que los niños. El modelo educativo, en general, es igual al de los programas de preescolar y cursos comunitarios.

CONAFE Infantil. Es una opción educativa que promueve la participación de los padres de familia y demás miembros de la comunidad en el proceso de educación comunitaria.

Cursos Comunitarios. Destaca la organización multinivel del trabajo en el aula, que hace posible y reúne la labor docente y el proceso de aprendizaje en un grupo heterogéneo de edades, conocimientos, ritmos de aprendizaje y nivel cognoscitivo. El grupo (5 a 29 alumnos) se distribuye en tres niveles. Cada nivel equivale a dos grados de primaria y la estrategia didáctica es el juego. Se diseñaron actividades directas que implican la presencia y conducción del trabajo por el docente y actividades indirectas en las que los niños pueden trabajar de manera autónoma.

Educación indígena. Servicio brindado a la población indígena; su propósito es preservar y fomentar las costumbres, tradiciones y demás elementos de la cultura étnica. Se caracteriza por ser bilingüe y bicultural.

Éstos son algunos de los programas que se desarrollan en México. Sin embargo, existen varias sugerencias y puntos que ha dictado la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) que se podrían considerar parte del desarrollo adecuado de la escuela rural. Primero que nada, la escuela rural debe promover, orientar y desarrollar las capacidades intelectuales, morales y técnicas de los niños de las comunidades rurales. Debe ayudarlos a entender, afrontar y resolver los problemas de su comunidad. Para ello, la escuela rural debe respetar y valorar la lengua, costumbres y formas específicas de conocimientos de las comunidades rurales e indígenas; incorporar las experiencias domésticas, familiares y productivas de esas

---

comunidades; valorar el entorno natural y las prácticas sociales de la comunidad, y utilizarlas para el desarrollo educativo (FAO, 1994).

Así mismo, los profesores tienen un papel fundamental en la escuela rural. La calidad y eficiencia pueden mejorar, si el entusiasmo, la buena voluntad, la imaginación y los esfuerzos generosos de los profesores rurales son debidamente aprovechados y encauzados hacia el logro de los objetivos académicos (FAO,1994).

### *Conclusión*

La educación indígena y rural en México ha tenido varios cambios importantes. En la Colonia se despreciaba a los indígenas por considerarlos indignos, bárbaros, impuros. A raíz del triunfo de la Revolución Mexicana, se toma interés en educar a los indígenas para integrarlos a la vida nacional. Sin embargo, esta integración se da a través de la obligación de adoptar un lenguaje, costumbres y vestimenta distintos a los que les pertenecen. Aunque más tarde (y hasta la fecha) el modelo se transforma en bilingüe, y ahora bicultural, los programas educativos y contenidos de los libros de texto continúan con una desvaloración de las tradiciones, lengua y costumbres de los pueblos rurales e indígenas. Por eso es necesario que se tome en cuenta en el desarrollo de programas y proyectos educativos el medio social y natural de las comunidades rurales e indígenas, para garantizar una adecuada adopción de los planes de estudio sin disminuir el valor de su historia y costumbres.

---

## **V. Nivel de la persona: Autoeficacia**

*La experiencia no es lo que te sucede, sino lo que haces con lo que te sucede.*  
Aldous Huxley

*No necesitamos magia para cambiar el mundo, llevamos todo el poder que necesitamos dentro de nosotros.*  
JK Rowling

El segundo componente del modelo de intervención descrito anteriormente es el que se refiere al nivel de la persona. Este nivel se refiere a aquellas características permanentes o semipermanentes que traen consigo las personas y que les permiten actuar de cierta manera en determinadas circunstancias. Dentro de estas características se encuentran la personalidad, la autoestima y la autoeficacia. En particular, en el ámbito de la salud existen investigaciones que ponen de relieve la importancia de cada uno de estos elementos en la adquisición y mantenimiento de conductas saludables. Existen estudios que señalan la influencia que tienen los Cinco Grandes de la Personalidad en la elección de distintos tipos de afrontamiento a una situación de estrés (Goldberg, 1990; David y Suls, 1999). Por ejemplo, la dimensión de Neuroticismo está relacionada con elección de estrategias de tipo emocional (búsqueda de apoyo social, catarsis, pensamientos idealistas, culparse, etc.) (David y Suls, 1999). La Extroversión está relacionada con la elección de estrategias orientadas a la acción (solución de problemas, pensamientos positivos, etc.) (Amirkhan, Risinger y Swickert, 1995.) La Apertura a la experiencia está relacionada con la distracción y, dependiendo de la severidad percibida del evento estresante, con catarsis y religiosidad (David y Suls, 1999). Aunque existe evidencia de cómo ciertas características que tienen que ver con situaciones estresantes en sí mismas definen la utilización de una u otra estrategia en combinación con la dimensión de la personalidad predominante (David y Suls, 1999), las investigaciones siguen poniendo de relieve la importancia de los factores de personalidad en la elección de acciones para afrontar retos y/o amenazas a la salud (Amirkham, Risinger y Swickert, 1995; David y Suls, 1999, Goldberg, 1990).

---

Otra variable que también está dentro de la persona es la autoestima. La autoestima es definida como la valoración que la gente hace sobre sí misma (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003). Durante finales de los años setenta y en los ochenta, hubo un *boom* alrededor de la autoestima y su supuesta injerencia en casi todos los problemas que aquejaban al ser humano (Baumeister, et al, 2003). La autoestima fue relacionada positivamente con el desempeño escolar (Hansford y Hattie, 1982), con el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales (Bishop y Inderbitzen, 1995; Buhrmester, Furman, Wittenberg y Reiss, 1988), con conductas de afrontamiento (David y Suls, 1999), con niveles de felicidad (Diener y Diener, 1995), y de manera adversa con conductas de riesgo como desórdenes de la alimentación e ideación suicida (McGee y Williams, 2000). Sin embargo, en una revisión detallada de la literatura ofrecida sobre la autoestima, Baumeister et al. (2003) encontraron serios problemas en las investigaciones realizadas, que van desde las mediciones subjetivas de la autoestima y la falta de consenso para medirla hasta el bajo o nulo poder predictivo que tiene ésta a través de diferentes investigaciones. En esta revisión, los autores llegaron a la conclusión de que los niveles altos de autoestima sólo mostraban una relación consistente con los niveles de felicidad, ya que ésta también es una evaluación subjetiva. Sin embargo, sugerían que, más que centrarse en los altos niveles de la autoestima, o en su defecto los bajos, había que centrarse en un nivel adecuado, es decir, ni muy alto ni muy bajo. Otras investigaciones recientes encuentran que, contrariamente a lo que esperaban, la autoestima no tiene valor predictivo en la prevención de conductas de riesgo como el uso de drogas o la iniciación temprana de la vida sexual (McGee y Williams, 2000), y sólo explica un mínimo porcentaje en la autoevaluación de la salud física en los adolescentes (Vingilis, Wade y Adlaf, 1998).

Tanto los diferentes tipos de personalidad como el nivel de la autoestima tienen mucho qué decir respecto de la manutención de la salud. Sin embargo, existen varias razones por las cuales en este estudio en particular no nos ocuparemos de la autoestima como variable predictora de las conductas saludables. En primer lugar, la personalidad es algo permanente o, al menos, semipermanente (Costa y McRae, 1995; Pervin, 1998), lo que significa que difícilmente se podría

---



modificar por cuestiones externas. Por lo mismo, no es una variable que se vaya a tocar en esta investigación, pues la intención es poder modificar los niveles de las variables para favorecer las conductas saludables. En segundo lugar, la literatura sobre autoestima arroja datos inconsistentes sobre el valor predictivo que tiene en relación con la salud (establecimiento de relaciones interpersonales, prevención de conductas de riesgo, etc) (Baumeister et al., 2003; Bishop e Inderbitzen, 1995; Buhrmester et al. 1988; Hansford y Hattie, 1982; McGee y Williams, 2000, etc.), lo que ha llevado a investigar sobre otros aspectos que tengan mayor peso y consistencia en la predicción de conductas saludables y en el mantenimiento de la salud en general, encontrándose que variables relacionadas con el control sobre la propia conducta parecen ser los más adecuados (Staudinger, Fleeson y Baltes, 1999). Dentro de ellas encontramos la autoeficacia, que en esta investigación es una variable importante en relación con la adquisición de habilidades y realización de conductas saludables.

La autoeficacia se refiere a la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que se requieren para alcanzar metas o logros (Bandura, 1998). Para lograr un control sobre las acciones propias son necesarias las habilidades para llevarlas a cabo y, además, la sensación de eficacia para realizarlas de manera efectiva y consistente bajo circunstancias difíciles (Bandura, 1998). Y no sólo para lograrlas, sino también para mantenerlas. Las creencias en la propia eficacia influyen en los cursos de acción que las personas eligen para llevarlos a cabo, la cantidad de esfuerzo que pondrán, la perseverancia al enfrentar retos y fallas, la resiliencia y la habilidad para afrontar las demandas asociadas con el curso de acción elegido (Chemers, Hu y García, 2001). Las creencias en la propia eficacia fomentan la adquisición de conocimientos y habilidades. Sirven de reguladores de la motivación mediante la fijación de metas, el compromiso hacia ellas y los beneficios que se esperan al lograrlas. La autoeficacia conduce al planteamiento de metas más altas e influye en qué tan adecuado o pobre es el uso de las habilidades con las que se cuenta (Bandura, 1998).

---

Existe gran cantidad de investigaciones que prueba la efectividad de la autoeficacia en diferentes ámbitos. Dentro del campo de la orientación vocacional, la autoeficacia ha sido relacionada con la persistencia, tenacidad y logro en escenarios educativos (Zimmerman, 1989) y con el desempeño académico (Mult, Brown, y Lent, 1991; Chemers, Hu y García, 2001). La autoeficacia contribuye al logro educativo mediante el incremento en el uso de estrategias cognitivas (planeación, autorregulación, etc.) y en el impacto positivo en las creencias de eficacia que llevan a utilizar mejores habilidades de afrontamiento (Chemers, Hu y García, 2001). En el proceso de toma de decisiones, las personas con un nivel alto de autoeficacia utilizan estrategias más pensadas y adecuadas para mejorar su desempeño en comparación con las que tienen menor nivel de autoeficacia (Bandura y Wood, 1989).

### *¿Cómo influye la autoeficacia en la salud humana?*

Según Bandura (1997), existen dos niveles en los cuales la autoeficacia juega un papel importante. A nivel básico, las creencias de las personas en su capacidad de enfrentar situaciones estresantes activa sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad. La teoría del Aprendizaje Social ve las reacciones estresantes en términos de ineficacia percibida al ejercicio de control sobre las demandas ambientales. Si las personas creyeran que pueden manejarlas efectivamente, no habría perturbación ni desequilibrio. Sin embargo, si creen que no pueden controlar los eventos aversivos, se estresan y su funcionamiento se deteriora (Bandura, 1998). La presencia de eventos estresantes, cuando existe una percepción de ineficacia, altera el mecanismo de regulación del sistema inmunológico, lo cual llevaría a un incremento en la susceptibilidad de enfermarse (Herbert y Cohen, 1993; en Bandura, 1998).

El segundo nivel en el cual la percepción de autoeficacia afecta en la salud se refiere al control directo sobre los hábitos saludables y el envejecimiento biológico. Las percepciones que cada persona tiene sobre su eficacia para regular su propia motivación y conducta intervienen en cada fase del cambio personal. Determinan si las personas consideran necesario cambiar sus hábitos de salud, si tienen la suficiente motivación y perseverancia para lograrlo

---

exitosamente, si una vez que los adquirieron los mantendrán, si puede haber una recaída y si pueden retomar el control después del retroceso (Bandura, 1998).

La autoeficacia es un elemento que aparece en varios modelos de promoción de la salud: en algunos, como elemento claramente identificado (ej. The Health, Action Process Approach, Schwarzer, 1999); en otros, como un concepto similar al propuesto dentro de ese modelo, como sería el caso del *control conductual percibido* que es el elemento fundamental en la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985).

Las creencias en la propia eficacia reflejan el control que las personas creen tener para manejar las modificaciones a su medio ambiente. Las personas que creen tener control sobre su vidas tienen más probabilidades de realizar conductas de promoción de la salud y menos probabilidades de caer en conductas que la perjudiquen (Norman, Bennett, Smith, y Murphy, 1997; Lachman y Weaver, 1998). Si las personas no creen en sus propias capacidades para realizar ciertas conductas, no las realizarán aunque sepan que los resultados que obtendrían pueden ser modificados por ellas mismas (Wallston, 1992). A mayor sensación de control se incrementa la probabilidad de que los resultados sean positivos, y también la expectativa de autoeficacia (Leganger y Kraft, 2003).

La autoeficacia protege a los niños y a los adolescentes de conductas negativas hacia la salud y fomenta las conductas positivas saludables (Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wild, 2004). Un nivel de autoeficacia alto reduce la probabilidad de confiar en las competencias percibidas de los demás y reduce las influencias negativas del grupo de pares. Está asociada a un estilo de afrontamiento adecuado. Ambas variables han probado ser las únicas con influencia significativa en las conductas positivas relacionadas con la salud (Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wild, 2004). Además, la autoeficacia, los problemas somáticos y psicológicos y el afrontamiento son predictores significativos de las conductas saludables en la niñez tardía. El nivel de autoeficacia influye en la atención e interpretación que se da a las demandas

---

del medio ambiente, mediante la elección de acciones y a través de sus efectos en la habilidad para controlar y manejar las emociones negativas (Chemers, Hu y García, 2001). Las personas con un nivel de autoeficacia alto eligen un estilo de afrontamiento más activo y tienen menos probabilidad de quedarse inmóviles y ansiosas (Betz y Hackett, 1983); tienen más probabilidades de utilizar estrategias de solución de problemas y toma de decisiones, planear y manejar sus recursos de manera efectiva y tener mayores expectativas (Chemers, Hu y García, 2001). Los niños que eligen conductas positivas relacionadas con la salud tienen una visión positiva de sus propias competencias y saben cómo afrontar eficazmente situaciones problemáticas.

En la iniciativa para llevar a cabo conductas saludables, se ha encontrado que la autoeficacia es un buen predictor para realizar actividades deportivas, así como para completar rutinas y cumplir horarios específicos con el fin de llevarlas a cabo (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson, y Martin, 2001; Rimal, 2001).

Dentro de la prevención de problemáticas específicas, la autoeficacia ha sido estudiada en relación con el uso del condón y prevención de ITS's. Conner, Stein y Longshore (2005) encuentran que la autoeficacia es el mejor predictor para el uso del condón, sobre todo en personas propensas a buscar riesgos. Concluyen que la promoción de creencias de autoeficacia es una mejor estrategia para fomentar el uso del condón que promover buenas intenciones que serían olvidadas e ignoradas. Por su parte, Schroeder, Hobfoll y Jackson (2001) encuentran que las creencias de autoeficacia y las actitudes fueron los predictores más fuertes para la realización de conductas de sexo protegido en mujeres afroestadunidenses. Explican que la autoeficacia contribuye a un estilo de afrontamiento más activo, que permite a las mujeres desarrollar la habilidad de negociar conductas sexuales seguras y el uso del condón.

En relación con la adaptación a una enfermedad crónica, el mantenimiento de un sentimiento de competencia y autoeficacia es esencial para la promoción del ajuste psicológico. Abraído-Lanza, Vásquez y Echeverría (2004) encontraron que la autoeficacia estaba relacionada con menor dolor y depresión y con un

---

mayor bienestar psicológico en pacientes de artritis. Waldrop, Lightsey, Ethington, Woemmel y Coke (2001) encontraron que la autoeficacia juega un papel importante en la recuperación después de una cirugía ortopédica: mientras más fuerte es la creencia en la habilidad para ejecutar las actividades terapéuticas, mayor es el éxito en la rehabilitación.

Dentro de otros ámbitos, la autoeficacia ha resultado ser un factor importante en la adaptación a nuevas culturas por migrantes de culturas con valores diferentes (Kim y Omizo, 2005). Niveles altos de autoeficacia y la flexibilidad cognitiva permitieron a personas de origen oriental adherirse con mayor facilidad a los valores de la sociedad mayoritaria (estadunidense).

La literatura sobre la autoeficacia y la promoción de la salud es amplia, y toda ella indica y reitera la importancia de los niveles de autoeficacia en el éxito para realizar y mantener conductas saludables. Por supuesto, no es el único factor que influye; existen otros, como el medio ambiente, el nivel socioeconómico, las actitudes, las normas sociales, la autoestima, etc. Sin embargo, la autoeficacia, siendo un elemento de autocontrol y de la influencia que tienen las personas sobre su propia vida y, en particular, del mantenimiento de su salud, se incorpora a los programas de promoción de la salud con el objetivo de desarrollar creencias de eficacia y que éstas influyan en la adquisición y mantenimiento de conductas saludables.

En esta investigación, la autoeficacia actúa como predictor de la conducta y, al mismo tiempo, como consecuencia de la realización de estas conductas. Esto es congruente con lo que dice Bandura (1998) sobre cómo desarrollar la autoeficacia. Las experiencias exitosas ayudan a la evaluación positiva de la realización de la conducta, por lo que incrementan la sensación de eficacia para llevarla a cabo. Rimal (2001), en su Modelo de Reforzamiento Mutuo, explica la relación que existe entre la autoeficacia y la adquisición de conductas y conocimientos. Según este modelo, la conducta a desarrollar no sólo es el resultado de los niveles previos de autoeficacia, el nivel de conocimientos sobre dicha conducta o el nivel previo de desarrollo de la conducta, sino que además funciona como promotor a largo plazo de la propia conducta y de los

---

niveles de autoeficacia y conocimientos. Es decir, la conducta juega dos papeles en distintos momentos: primero, como variable dependiente, y después, como variable independiente de la misma conducta. Rimal (2001) encontró que los niveles previos de conocimientos y autoeficacia predicen la conducta subsecuente, los conocimientos y la autoeficacia. Los niveles de autoeficacia varían dependiendo el avance en la realización de la conducta: mientras más se avanza en el desarrollo de la conducta, mayores niveles de autoeficacia se reforman. El modelo de esta investigación pretende aportar evidencia de esta relación bidireccional entre la autoeficacia y la conducta.

*¿Cómo se fomenta el incremento en los niveles de autoeficacia?*

Según la teoría del Aprendizaje Social, existen cuatro formas principales de incrementar el nivel de autoeficacia. La más efectiva es a través de las *experiencias exitosas*. Las experiencias exitosas ayudan a construir un fuerte sentido de autoeficacia; por el contrario, los fracasos lo disminuyen, sobre todo si ocurren antes de que la sensación de eficacia esté firmemente establecida. Por ello, una historia de éxitos en la superación de obstáculos facilita el establecimiento de un nivel óptimo de autoeficacia (Bandura, 1998).

La segunda forma de incrementar el nivel de autoeficacia es el *aprendizaje vicario*, que se da a través de modelos. Observar a personas similares a uno mismo sobresalir mediante esfuerzos lleva a los observadores a creer que ellos también poseen las capacidades para lograrlo. Es más que un parámetro contra el cual comparar o hacer juicios de las capacidades propias. A través de conductas y la expresión de los pensamientos, los modelos transmiten conocimientos y enseñan estrategias y habilidades efectivas para manejar las demandas ambientales (Bandura, 1998).

La persuasión social es la tercera forma de fortalecer la autoeficacia. Las personas que son persuadidas verbalmente de que poseen las capacidades necesarias para realizar ciertas actividades se esfuerzan más por llevarlas a cabo y mantenerlas que aquellas que están rodeadas de dudas o se centran en sus deficiencias cuando se enfrentan a problemas. Quienes se dedican a la

---

construcción de autoeficacia colocan a las personas en situaciones en las cuales pueden ser exitosas y evitan aquellas para las cuales todavía no están preparadas y que las puedan llevar a un fracaso.

La cuarta forma de incrementar la percepción de autoeficacia es reducir las respuestas estresantes de las personas, alterar la propensión a emociones negativas y corregir la mala interpretación de los estados físicos. Las personas también evalúan sus capacidades a partir de sus estados emocionales y somáticos. En situaciones donde se requiere resistencia y aguante, la fatiga y/o el dolor son vistos como signos de debilidad física y reducen la percepción de eficacia en estas actividades. Incluso el humor afecta los juicios que se realizan sobre las capacidades propias. El buen humor aumenta la percepción de autoeficacia; el humor negativo la disminuye (Bandura, 1998).

En la realización de programas que contemplen como objetivo el desarrollo de la autoeficacia se deben tomar en cuenta las cuatro formas anteriores para desarrollarlas: proveer oportunidades donde se realicen ejercicios prácticos y se puedan obtener resultados exitosos de las conductas que se quiera desarrollar; realizarse en escenarios comunitarios, es decir, donde haya contacto con otros pares que lleven a cabo las mismas actividades; la estrategia didáctica debe ser atractiva para las personas y tener significado y aplicabilidad en la vida cotidiana, y desarrollarse en ambientes relajados y brindar retroalimentación sobre la ejecución de la conducta.

### *Conclusión*

Las percepciones de control sobre la vida, representadas en este caso particular por la autoeficacia, han demostrado ser fuertes predictores de adquisición de conductas y habilidades, así como resultado de la realización exitosa de éstas. Mientras más autoeficaces se perciban las personas mayores metas se plantearán, más esfuerzo le dedicarán, etc. Debido a ello, la autoeficacia se ha vuelto un elemento importante a desarrollar, sobre todo en los programas de promoción de la salud, donde la realización de conductas saludables requiere de constancia y dedicación y la obtención de resultados muchas veces no es a corto plazo.

---

## VI. Demandas situacionales

*Son nuestras decisiones las que muestran lo que podemos llegar a ser. Mucho más que nuestras propias habilidades.*

JK Rowling

*Despacito y buena letra, que el hacer las cosas bien, importa más que el hacerlas.*

[Antonio Machado](#)

Éste es el tercer componente del Modelo de Desarrollo Integral Comunitario (Pick, Givaudan, y Poortinga, 2003). En este componente, decíamos, se encontraban las demandas que eran requeridas para enfrentar situaciones particulares. Estas demandas pueden ser satisfechas con la adquisición de diferentes recursos, como son las habilidades, los conocimientos y las creencias. Estos recursos se adquieren y desarrollan a través de la socialización y pueden ser modificados a lo largo de la vida de las personas. Debido a la maleabilidad de estos elementos, los programas de promoción de la salud se centran en construir escenarios e incorporar medios que faciliten su adquisición y desarrollo.

A lo largo de su vida, las personas enfrentan situaciones estresantes que implican tomar decisiones, solucionar problemas, planear sus acciones, exponerse ante los demás, etc. Las características de las situaciones (léase qué tan severa o difícil es considerada, en qué ámbito se da (privado o público), etc.), en conjunto con las características a nivel de las personas (de las que hablamos en el capítulo anterior) y los recursos prácticos con los que éstas cuentan definen las estrategias que se utilizarán para enfrentarlas (DeLongis, Folkman y Lazarus, 1988; Ridder y Kerssens, 2003). Estas situaciones pueden ser decisivas para su desarrollo óptimo, y contar en su repertorio de herramientas con las habilidades y conocimientos adecuados para afrontarlas puede ayudar a que las personas tomen cursos de acción que mantengan o mejoren su salud. En este capítulo abordaremos la importancia

---



del desarrollo de las habilidades en la promoción de la salud y la resignificación del papel de los conocimientos en la prevención.

### **Los conocimientos y las creencias erróneas**

Como se comentó en capítulos anteriores, los programas de prevención y promoción en salud pasaron por diferentes etapas, unas marcadas por la relevancia que se dio a los programas de sólo conocimientos para la modificación de conductas de riesgo (Bandura, 1996; Lynch, Geller y Schmidh, 2004; Springer et al., 2004). Se creía que la información sobre las consecuencias de la realización de conductas de riesgo (ITS's, embarazos no planeados, adicciones, etc.) sería suficiente para que las personas comenzaran a realizar acciones que protegieran su salud. Con el tiempo se observó que los conocimientos por sí solos no eran suficientes y entonces se empezaron a incluir otros elementos en la planeación de estrategias de promoción de la salud (Althaus, 1990; Basen-Enquist y Parcel, 1992; Kirby, 1992; Tobler y Stratton, 1997). Sin embargo, esto no significó que se dejara de dar información, más bien ésta fue acompañada de otros elementos (autoestima, habilidades sociales, actitudes, etc.) y de diferentes maneras para transmitir estos conocimientos (métodos interactivos más que pasivos), desarrollando enfoques más integrales para la promoción de la salud (Kirby, 1992; Tobler y Stratton, 1997).

Existen estudios que rescatan la importancia de los conocimientos y la erradicación de creencias falsas para realizar conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo, Morgan y Cortes (1995) evaluaron la información, creencias y conductas sobre cáncer en mujeres de minorías en Nueva York. Encontraron que la mayoría de ellas tenían creencias erróneas sobre las causas del cáncer y que sus conocimientos eran muy bajos. El predictor más importante que hallaron para la realización del Papanicolau fue la falta de conocimientos adecuados. Otros estudios relacionados con conductas sexuales de riesgo encuentran que las creencias erróneas están relacionadas con no realizar conductas de protección (Anderson y Kann, 1990), y la falta de información, con el bajo uso del condón (Althaus, 1990; Shafer y Boyer, 1991).

---

Conrad, Flay y Hill (1992) realizaron una revisión de investigaciones sobre el uso del cigarro y encontraron que en el 67% de los estudios la falta de conocimientos y las creencias predecían la realización de esta conducta. Por otro lado, los conocimientos están relacionados con las actitudes hacia personas que viven con VIH, con disminución del nivel de ansiedad y un incremento en el nivel de la autoeficacia para realizar conductas de prevención (Shafer y Boyer, 1991). De esta manera, se rescata que la adquisición de conocimientos adecuados es un prerrequisito para llevar a cabo conductas de protección y prevención en salud, aunque debe ir acompañado de otros elementos que actúan directamente sobre la conducta.

El objetivo de brindar información sobre las consecuencias y las formas de evitarlas en la realización de conductas de riesgo es proveer de los conocimientos necesarios que permitan a las personas tomar la decisión que más les convenga (Shutte-Aine y Madaleno, 2003) y desmitificar creencias erróneas respecto de esas conductas. Por ejemplo, en los programas de educación sexual la información tendría que enfocarse en los conocimientos sobre los riesgos de la actividad sexual sin protección y sobre la utilización adecuada de los métodos de anticoncepción y uso del condón, así como de las diferentes opciones que existen para el ejercicio de la sexualidad (Kirby, 1999; en Shutte-Aine y Madaleno, 2003).

En conclusión, los conocimientos son un elemento necesario, aunque no suficiente, en la prevención y la promoción de la salud. Son el primer paso para el cambio conductual, ya que ayudan a clarificar creencias erróneas que se relacionan con no llevar a cabo acciones preventivas. Forman parte de las herramientas con las que cuenta la persona para enfrentar las situaciones estresantes que le presenta la vida cotidiana, por lo que es necesario seguir en búsqueda de la información real y factual en relación con los riesgos a la salud y la forma de prevenirlos, y en la búsqueda de formas de transmitirlos.

Otro de los recursos de los cuales hace uso una persona para lidiar con las demandas ambientales son las habilidades. Las habilidades psicosociales e interpersonales facilitan que la persona pueda manejar de manera exitosa los

---

retos de la vida cotidiana (Shutte-Aine y Madaleno, 2003). En esta investigación, en particular, se retoma el enfoque de *Habilidades para la vida* propuesto por la OMS en 1993, debido a que engloba las habilidades psicosociales con mayor respaldo empírico en la prevención de conductas de riesgo.

### **Habilidades para la vida**

Durante muchos años se han realizado diversos programas de prevención y promoción de la salud enfocados en problemáticas específicas (uso de drogas, violencia, prevención de ITS's, etc.) (ej. Ayala, Téllez, y Gutiérrez, 1994, Bruene-Butler, Hampson, Elias, Clabby y Schuyler, 1997; Metropolitan Area Child Study Research Group, 2002). La mayoría de estos programas se basan en el estudio de los factores protectores y de riesgo que existen en relación con cada problemática en específico y diseñan una intervención para desarrollar habilidades y conductas que les ayuden a aprovechar los factores protectores y evitar los de riesgo. En relación con esto, se ha encontrado que dichas problemáticas comparten factores protectores, por lo que se podrían utilizar las mismas estrategias para diseñar los programas de prevención. En una revisión de varios programas de promoción de la salud y sus metodologías, la OMS (1993) identificó las habilidades en las que basa su intervención y la manera de trabajarlas, las agrupó y las llamó "Habilidades para la vida".

Según la OMS, las habilidades para la vida son: "aquellas habilidades para una conducta adaptativa y positiva, que permita a los individuos tratar efectivamente con las demandas y retos de la vida diaria" (OMS, 1993). Consisten en un conjunto de habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas tomar el control de sus vidas y desarrollar la capacidad de vivir con el cambio y producirlo dentro de su medio ambiente (Nutbeam, 1998). Estas habilidades fueron reconocidas para ser el centro de los programas de promoción de la salud.

El objetivo de la educación en habilidades para la vida es apoyar a la juventud en el afrontamiento de un amplio rango de situaciones. Un enfoque y los

esquemas de las habilidades para la vida son una oportunidad de resaltar la contribución de dichas habilidades en diferentes etapas del desarrollo y en distintos contextos. La OMS menciona que trabajar en ello ayuda a clarificar el significado real y potencial de la formación en habilidades para la vida. Esto proporciona un panorama de cómo contribuye esta formación a dirigir los retos del desarrollo y cómo la educación para la vida puede apoyar a los niños y adolescentes mientras se enfrentan a presiones y situaciones de estrés (Pellaux, 2001).

### ***Antecedentes teóricos del enfoque en las habilidades***

Muchos de los programas de prevención y promoción de la salud empezaron centrándose en proporcionar información sobre las diferentes problemáticas relacionadas con la salud adolescente e infantil y cómo prevenirlas (Springer, Sale, Hermann, Sambrano, Kasim y Nistler, 2004). Al paso del tiempo, los enfoques de estos programas se movieron del conocimiento al reconocimiento de los factores sociales y psicológicos que se encontraban detrás de las problemáticas (Botvin, Griffin, Paul y Macaulay, 2003) y desembocaron en intervenciones diseñadas para la adquisición de habilidades y conductas saludables. Podríamos situar el inicio de los programas basados en el desarrollo de habilidades a mediados de los 70's, cuando comienzan los trabajos enfocados en los problemas propios de la adolescencia (Jessor y Jessor, 1977; en Coggans, Cheyne y McKellar, 2002). En ese momento empieza una nueva etapa para la promoción de la salud. Al darse cuenta de que la información no es suficiente, comenzaron a surgir programas basados en la adquisición de habilidades para la prevención de diferentes problemáticas, en particular, del uso de drogas (Botvin, Baker, Renick, Filazzola y Botvin, 1984; Elias, Gara, Ubriaco, Rothbaum, Clabby y Shuyler, 1986; Ellickson, Bell y McGuigan, 1993; Spivak, Platt, y Shure, 1976; Wingspan, 1999).

En 1993, la OMS recoge las habilidades que promovían los distintos programas y las reconoce como aquellas habilidades que facilitarían la adaptación y el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida.

El enfoque de habilidades para la vida está sustentado en varias teorías psicológicas sobre el comportamiento y desarrollo humano, específicamente en adolescentes y niños. Cada una de las teorías contribuye de manera importante a la construcción de este enfoque. Las teorías que se revisarán son las siguientes: Teoría del desarrollo infantil y adolescente, Aprendizaje Social, Influencia Social, Inteligencias Múltiples y la Teoría de Riesgo y Resiliencia.

#### *Teoría del desarrollo infantil y adolescente*

La teoría del desarrollo humano, en general, toma en consideración diversos aspectos: desarrollo biológico, desarrollo socio-emocional y desarrollo cognitivo.

- Desarrollo biológico: Los cambios biológicos más importantes en el desarrollo infantil se dan, principalmente, en dos momentos: 1) Entre el momento de la concepción y los tres años y 2) la pubertad. En los primeros años, el desarrollo psicomotor es el que predomina, y el desarrollo de las estructuras neuronales. El crecimiento y cambio de las proporciones corporales es el día a día en los niños pequeños. La pubertad es la segunda etapa donde los cambios corporales y fisiológicos son evidentes. El desarrollo de las características sexuales secundarias, el crecimiento de los huesos, la aparición de secreciones corporales, etc., son algunos de los eventos biológicos que marcan esta etapa (Berk, 2003). El enfoque de habilidades toma en cuenta las características del desarrollo biológico de cada etapa al momento de diseñar los materiales, las actividades y los contenidos de los programas, para que vayan de acuerdo con las necesidades propias del momento de desarrollo (OPS, 2001).
- Desarrollo socio-emocional. La gran mayoría de los programas basados en habilidades para la vida se llevan a cabo con niños de nivel primaria en adelante. Por eso es importante conocer los cambios que existen en el

contexto social del niño y cómo influyen en su desarrollo. Esta área cobra mayor importancia con la entrada del niño a la escuela, pues su contexto se amplía. En la escuela el niño incrementa sus interacciones con pares de su mismo sexo y, más adelante, del opuesto. Aprende el valor de estatus social, de la competencia, la productividad, etc., y desarrolla tres procesos importantes: el entendimiento de sí mismo, de los demás y de las relaciones interpersonales; desarrolla el autoconcepto y más adelante la autoevaluación y la autovaloración, que son elementos importantes de la autoestima (Berk, 2003). Además aprende a conocer e identificar lo que piensan y sienten los demás. Todo esto se da gracias a la interacción con sus pares y la comparación de sí mismo con ellos (Berger y Thompson, 1997). Dentro del enfoque de habilidades para la vida, la relación con los pares y los adultos que rodean al niño juega un papel fundamental en la adquisición de habilidades y conocimientos. A través de la socialización se transmiten los valores, normas y creencias que influyen en la conducta de las personas; por eso, este enfoque reconoce la importancia del grupo social y las relaciones interpersonales. Tomando esto en cuenta, los programas basados en el enfoque de habilidades para la vida reconocen la importancia del establecimiento de relaciones interpersonales y las involucran como una herramienta más en el cambio de actitudes y la formación de habilidades (OPS, 2001).

- Desarrollo cognitivo. Los programas de adquisición de habilidades están basados en la capacidad que tengan los niños de aprender y comprender las diferentes habilidades. Por eso el entendimiento del desarrollo cognitivo es importante para un adecuado planteamiento de las actividades y contenidos de los programas.

Dos de los exponentes más importantes dentro del desarrollo cognitivo son Piaget y Vigotsky. Piaget indica que los seres humanos se explican la vida por medio de la interacción con el medio. En los primeros años, el aprendizaje se da mediante experiencias sensoriales con el medio. A partir de los 5 o 6 años se desarrollan estructuras más complejas, como el lenguaje, la imitación, las imágenes, los juegos y los dibujos simbólicos. En la adolescencia se empiezan a comprender las relaciones causales y

---

lógicas, y la solución de problemas se vuelve más sofisticada (Berger y Thompson, 1997).

Por otro lado, Vigotsky y la corriente constructivista indican que el conocimiento y entendimiento del mundo se da a través de la acción social y el lenguaje, por lo que no es una experiencia individual, sino compartida. Vigotsky propone que los niveles de conocimiento se inician a un nivel interpersonal: primero entre el niño y el adulto, y luego con la interacción social continua. Este autor resaltaba la diferencia en la capacidad de resolver problemas cuando se trabaja de forma individual y cuando se hace de manera grupal con pares o adultos más capaces, y le da mayor importancia a ésta última (Wertsch, 1985). Desde esta perspectiva, el ambiente social tiene mucha influencia en el desarrollo de una estructura de pensamiento propio y las habilidades cognitivas se enriquecen por interacciones extensas, estructuradas y de mayor calidad con otros individuos.

El enfoque de habilidades para la vida toma de estas dos aportaciones la estructura metodológica para la adquisición de las habilidades, sobresaliendo la importancia puesta en el desarrollo de programas escolarizados, el involucramiento del contexto social, los trabajos en equipo, el lenguaje, los juegos y las representaciones.

- Desarrollo moral. El desarrollo moral puede ser definido como “el desarrollo de valores y normas que una persona utiliza para balancear o juzgar los intereses conflictivos de si mismo y los demás” (Westen, 1996, en OPS, 2001). Es un proceso de internalización en el que se adoptan como propios los parámetros sociales para las acciones “correctas” (Berk, 2003). Kohlberg (1976) describe las etapas del desarrollo, que van desde la evaluación de una conducta como buena o mala por las consecuencias que tiene hasta los juicios morales que incorporan los derechos de los demás, y eventualmente los principios universales de la ética (Berk, 2003). Gilligan
-

(1982) señala que existen diferencias entre hombres y mujeres en la percepción del razonamiento moral. La concepción de las mujeres se enfoca en la responsabilidad y el cuidado, mientras la de los hombres se orienta hacia los derechos y la justicia (Berger y Thompson, 1997; Berk, 2003). Dentro del enfoque de habilidades para la vida se resaltan los temas de los derechos humanos desde una perspectiva de equidad de género, es decir, resaltando que ambos sexos tienen las mismas capacidades y los mismos derechos, por lo que necesitan las mismas oportunidades para ejercerlos. También se trabaja con la formación de una conciencia de cuidado ambiental y de pertenencia a una comunidad.

Las teorías del desarrollo humano proporcionan al enfoque de habilidades para la vida las directrices por las que puede producir mayor impacto en los niños y adolescentes: indica cuándo es más adecuado llevar a cabo un programa con ciertas características y por qué, y cómo puede incrementar la efectividad del programa. Además, reconoce los momentos oportunos para que las habilidades se desarrollen a plenitud.

#### *Teoría del Aprendizaje Social*

La teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), además de ser una de las teorías fundamentales en relación con la adquisición de conductas, es una de las más socorridas en el desarrollo de los programas de promoción de la salud. En particular, dentro del enfoque de habilidades para la vida, la teoría del Aprendizaje Social dicta los elementos básicos para el proceso de enseñanza y adquisición de habilidades y aporta el concepto de autoeficacia que es el objetivo y el medio por el cual muchos programas tienen su razón de ser.

La Teoría del Aprendizaje Social (1977) señala que los niños aprenden a comportarse por medio de la instrucción (mediante padres, madres, hermanos, maestros o modelos) y la observación de las conductas. Este aprendizaje se consolida o modifica dependiendo de las consecuencias que surjan de sus acciones y de la respuesta de los demás a su conducta. Bandura (1977) destaca que los niños aprenden a través de la observación e interacción social, antes que de la instrucción verbal. Weissberg, Kumpfer y Selligman (2003)

---



indican que las habilidades deben enseñarse mediante un proceso de instrucción, ensayo y retroalimentación para asegurar su aprendizaje.

Más adelante, Bandura (1997) indica que la autoeficacia, definida como la confianza en las habilidades propias para realizar ciertas conductas, es importante para la adquisición y mantenimiento de conductas apropiadas. Entonces, las habilidades no sólo dependen de factores externos, sino también de factores internos que apoyen su realización.

La Teoría del Aprendizaje Social ha influido de manera importante en los programas de habilidades para la vida. Por un lado, ha mostrado la importancia de la adquisición de habilidades en los niños para afrontar situaciones estresantes en su vida social. Por otro, ha resaltado que la efectividad de los programas de habilidades para la vida depende del proceso de enseñanza de éstas. Al respecto, la teoría de aprendizaje social indica que la mejor manera de enseñar las habilidades es el proceso natural por el cual los niños las aprenden: observación, ensayos, retroalimentación (Bandura, 1977). Por eso la mayoría de los programas de habilidades para la vida incluyen en su proceso la observación, las representaciones y la educación de los pares.

#### *Teoría de la Influencia Social*

Esta teoría postula que los niños, ante la presión social, cederán a conductas de riesgo. La presión social incluye presión de los pares, modelos de padres fumadores, mensajes relacionados con la conducta de riesgo difundida a través de medios de comunicación, etc. Esta teoría surgió cuando los programas que se enfocaban en dar información sobre consecuencias de conductas de riesgo no mostraban éxito en la disminución de dichas conductas. Evans (1998) demostró que el miedo no era un factor protector a largo plazo, y que más bien la presión social mostraba tener mayor impacto en la adquisición o rechazo de una conducta (OPS, 2001).

Los programas basados en la Teoría de la Influencia Social se centran en la educación para resistirse a la presión social, y por lo general están diseñados para conductas muy específicas, ya sea para promover conductas positivas o

---

evitar conductas de riesgo. Los programas de habilidades para la vida toman en cuenta esta teoría para promover las habilidades sociales, las de toma de decisiones y solución de problemas y, sobre todo, la asertividad para resistirse a las presiones de los pares.

*Inteligencias múltiples, incluso la inteligencia emocional*

Gardner (1983) propone la existencia de ocho inteligencias humanas: lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, corporal-cinestética, naturalista, interpersonal e intrapersonal. Añade que todos los seres humanos nacen con las ocho inteligencias, pero éstas se desarrollan en grado diferente en cada persona, y, al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de forma diferente.

El enfoque de habilidades para la vida retoma de esta teoría la importancia que se da a otras habilidades más allá de las verbales y matemáticas. Reconocer esta multiplicidad implica que los educadores deben facilitar el desarrollo de las diversas inteligencias. También resalta que se necesitan varios métodos y estrategias distintas para las diferentes inteligencias (OPS, 2001).

Por otra parte, esta teoría incluye entre las inteligencias las llamadas interpersonal e intrapersonal, con lo cual da importancia al área de las relaciones sociales y a las habilidades involucradas en su desarrollo. El enfoque de habilidades para la vida pone énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales en la promoción de la salud y la prevención de conductas no saludables. Por eso, dentro de las habilidades que manejan están la comunicación, la solución de problemas, la empatía, etc.

*Teoría de Resiliencia y Riesgo (Rutter, 1987).*

Mucha de la evidencia empírica sobre las habilidades para la vida se encuentra dentro de la investigación relacionada con la resiliencia (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawyer, 2002). Esta teoría explica que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo de la ansiedad o el abuso. Estos factores están a nivel individual (habilidades de toma de

---

decisiones, autoeficacia, autoestima, locus de control, etc.), familiar (ambiente cálido y motivador, cohesión familiar, etc.) y medio ambiental (estructuras sociales no punitivas, apertura al cambio, etc.) (Olsson, et al., 2002). Si un niño cuenta con factores protectores, podrá resistir las conductas poco saludables que lo rodean. Algunos factores protectores son las habilidades de solución de conflictos y comunicación, mecanismos de afrontamiento saludable, autonomía, autoconcepto positivo, locus de control interno y realista, empatía, autodisciplina, etc. (Bodisch, Rose y Schmidt, 2004). Cuando los niños cuentan con recursos en sí mismos, en sus familias y en sus comunidades, se puede promover la capacidad de adaptarse a la adversidad (Olsson et al., 2002).

El enfoque de habilidades para la vida toma de esta teoría varios aspectos:

- La relevancia que da a factores protectores contra conductas no saludables o para promover conductas saludables, muchas de las cuales son traducidas en las habilidades para la vida (comunicación, solución de problemas, empatía, etc.)
- Muchos de los factores de riesgo que rodean a los niños y adolescentes están fuera del alcance de los programas. Sin embargo, aquellos factores que tienen que ver con el individuo y son mediadores de conductas saludables son los que se trabajan en los programas de habilidades para la vida.

### *Integración de las teorías*

Como vemos, todas estas teorías dan soporte y sustento al enfoque de habilidades para la vida. Las teorías del desarrollo infantil y adolescente marcan la pauta de cuándo y cómo es adecuado trabajar las habilidades, y qué habilidades son relevantes para cada momento de la vida. También nos dan información importante sobre qué elementos tomar en cuenta para mejorar la adquisición de habilidades y conductas. Por otro lado, evidencian la relevancia de las relaciones del individuo con su medio para el desarrollo del lenguaje, de las estructuras mentales y de las relaciones interpersonales. La teoría del Aprendizaje Social nos indica el proceso a seguir para la adquisición de las

---

habilidades y el desarrollo de la autoeficacia y resalta la importancia de los modelos y de la observación en el aprendizaje. Además, aporta el concepto de autoeficacia, que es una de las variables más estudiadas en relación con la adquisición de conductas. La teoría de la Resiliencia y de la Inoculación Social nos muestra los factores de riesgo y protección para ser tomados en cuenta al momento de diseñar una intervención, etc. Todas resaltan la importancia de la interacción social en los procesos de aprendizaje, pero también dan relevancia a los procesos internos que median la motivación para realizar conductas nuevas o mantener otras. Por eso el enfoque de habilidades para la vida es tan completo, pues toma en cuenta al individuo, pero también su contexto e historia de vida, y no puede ser trabajado de manera aislada o individual: se construye socialmente, en grupo.

### **Habilidades que se incorporan en las habilidades para la vida**

La Organización Panamericana de la Salud (2001) clasifica las habilidades para la vida en tres grupos:

- Habilidades sociales: aquellas que permiten al individuo relacionarse con las y los demás. Son las capacidades que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente los que provienen del comportamiento de los demás (Fernández y Carboles, 1991; Rosentreter, 1996). Entre ellas tenemos las *habilidades de comunicación, negociación, asertividad, cooperación y empatía*.
  - Habilidades cognitivas: aquellas que permiten al individuo cambiar su forma de percepción del mundo y su ajuste a él. Entre ellas encontramos las *habilidades de toma de decisiones y solución de problemas, pensamiento crítico y analítico, y pensamiento creativo*.
  - Habilidades para el manejo de las emociones: son habilidades que permiten al individuo manejar sus emociones para facilitar su adaptación al medio ambiente. En estas habilidades se encuentran el
-

*autoconocimiento, el autocontrol, la autorregulación y el manejo del estrés.*

## **Las habilidades y su papel en la salud**

### *Habilidades sociales*

La comunicación es un factor primordial en el desarrollo de las relaciones interpersonales. Una buena comunicación puede promover relaciones satisfactorias y duraderas, mientras que una comunicación inadecuada puede contribuir a la insatisfacción y al rompimiento de las relaciones (Dindia y Fitzpatrick, 1985; en Brehm, 1992).

La comunicación es la forma en que se da y recibe información sobre ideas, sentimientos y actitudes; tiene que ver con cómo se percibe esta información, qué significado se le da y cómo se utiliza (Pastor, Nava, y Arrieta, 1998).

La asertividad es un elemento importante dentro de las habilidades de comunicación. Se refiere a la posesión de las habilidades para hacer valer y defender los derechos propios, por medio de expresar lo que se cree, piensa y siente de manera directa, clara, firme, sin agredir a los demás, en un contexto oportuno y siempre respetando a los otros (Aguilar, 1987; Castanyer, 1997; Pick, y Vargas-Trujillo. 1996; Pick, y cols., 1996). Esta habilidad está asociada con la habilidad de restringir la presión de los compañeros en uno mismo (Bos, 1998) y funciona como factor protector.

La empatía se refiere a la capacidad de “ponerse en los zapatos del otro”. La empatía se estudió primero en el campo de la conducta altruista. Según la literatura, la empatía es un elemento elicitor de la conducta de ayuda a víctimas de alguna situación particular (Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lúcker y Zárate, 2002). Si sentimos empatía por alguien, mostraremos interés, preocupación y compasión cuando está asustado, molesto o preocupado. En el campo de las relaciones interpersonales, la empatía es una habilidad importante que interfiere en los procesos de comunicación y solución de

---

problemas (Barragán, 1998; Azrin y Besalel, 1973; Noller, 1984). La capacidad de entender y darme cuenta de los sentimientos y pensamientos de los y las que me rodean me lleva a una mejor lectura de las situaciones que puedo enfrentar y a proponer alternativas de solución de problemas más equitativas para ambas partes. También, sentirme comprendido por el otro facilita el contacto social, y la interacción se vuelve más cálida y fluida (Rosentreter, 1996).

Diversas investigaciones han señalado la importancia de aprender a mantener interacciones sociales adecuadas en las niñas y los niños, y las y los adolescentes (Bruene-Butler, Hampson, Elias, Clabby y Schuyler, 1997; Metropolitan Area Child Study Research Group, 2002; Ayala, Téllez, y Gutiérrez, 1994). Las interacciones sociales adecuadas ayudan al funcionamiento exitoso en la casa y la escuela. Por el contrario, niñas y niños que carecen de habilidades sociales tienen respuestas agresivas hacia los y las demás, presentan conductas delictivas y no saludables cuando crecen (Ayala, Téllez, y Gutiérrez, 1994; Kazdin, 1999).

### *Habilidades cognitivas*

Las habilidades de solución de problemas y toma de decisiones son factores que promueven una adaptación social adecuada en los niños (Shure y Spivack, 1978; en Bruene-Butler, Hampson, Elias, Clabby y Schuyler, 1997), el desarrollo de pensamiento analítico (Walsh y Betz, 1995; en Bos, 1998), el razonamiento inductivo y divergente (Mayer, 1987; en Bos, 1998), y son factores protectores contra el consumo de drogas (Caballero, Madrigal de León, Hidalgo San Martín, y Villaseñor, 1999; Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier et al., 1996).

La habilidad o inhabilidad de los niños para manejar las situaciones de toma de decisiones, específicamente bajo estrés, es vista como un vínculo primordial en una secuencia de conductas interpersonales que puede derivar en un funcionamiento social positivo o en uso de sustancias y psicopatología (Shure y

Spivak, 1988; en Elias, Gara, Schuyler, Branden-Muller y Sayette, 1991). Los niños con buenas habilidades de toma de decisiones tienen más probabilidades de analizar las ventajas y desventajas asociadas con el uso de sustancias (Epstein, Bovin y Díaz, 1999). Clinton-Sherrod, Sobeck, Abbey, Agius y Tercy (2005) siguieron a niños de sexto año de primaria en relación con el consumo de alcohol y cigarro y encontraron que los que no eran consumidores de sustancias tenían mejores habilidades de toma de decisiones, mayor sentimiento de autoeficacia y menor susceptibilidad a las presiones de sus pares que los que eran consumidores o empezaban a serlo. Otro hallazgo importante de este grupo fue que aquellos niños que en el transcurso del año se volvieron consumidores de sustancias, específicamente alcohol, comenzaron a tomar decisiones de manera menos racional, se sentían menos autoeficaces y eran más vulnerables a la presión de sus compañeros. Por otro lado, el desarrollo de la habilidad de toma de decisiones promueve en los niños un sentimiento de “poder” hacia la realización de conductas de protección y el alejamiento de situaciones de riesgo (Elias, Gara, Shuyler, Branden-Muller y Sayette, 1991).

Las habilidades de solución de problemas llevan al mejoramiento del ajuste social y promueven un mejor desempeño en las áreas académicas.

En general, la enseñanza de habilidades para la vida lleva a un mejor ajuste social y a un nivel adecuado de bienestar psicológico. Las investigaciones han demostrado que enseñar a los niños habilidades cognitivas, afectivas y conductuales los lleva a la obtención de logros sociales, psicológicos, personales y de salud (Lynch, Geller y Schmidt, 2004). Masten (2001) indica que aquellas intervenciones que se basan en el fortalecimiento de las habilidades están sustentadas en la idea de que la adquisición de habilidades y el reforzamiento de factores protectores ayudan a compensar la carga de riesgos existentes en la vida de un niño (Lynch, Geller y Schmidt, 2004).

En la prevención del uso de drogas, las habilidades para la vida han demostrado incrementar el bienestar psicológico, reducir las expectativas positivas sobre los beneficios sociales del uso de las drogas e incrementar la

---

asertividad para decir que no al uso de una droga (Botvin y Griffin, 2004). Quienes son más asertivos y tienen mejores habilidades de comunicación reportan menos uso de drogas y alcohol (Botvin y Griffin, 2004). Aquellos que reportan mejores habilidades de toma de decisiones, comunicación y afrontamiento se encuentran en menor riesgo de utilizar alguna droga (Vicary, Henry, Bchtel, Swisher, Smith, Wylie et al., 2004).

La adquisición de habilidades personales y sociales ayuda a reducir la agresión verbal y física (Botvin, Griffin, Nichols y Doyle, 2002; en Botvin y Griffin, 2004). Los niños que aprenden a resolver problemas adecuadamente mejoran en su habilidad de establecer y mantener relaciones con pares y figuras de autoridad (Smokowski, Fraser, Day, Galinsky, y Bacallao, 2004). La expresión de ideas y sentimientos se ha identificado como un factor protector en relación con el manejo del estrés (Luthar, 1991).

En relación con la prevención en el área de la salud sexual, se ha encontrado que el entrenamiento en habilidades de automanejo y habilidades interpersonales puede acrecentar el conocimiento, las actitudes y las conductas de protección relacionadas con la sexualidad (Exner, Seal y Ehrhardt, 1997). El desarrollo de habilidades en el uso de condón, la asertividad en el área sexual, la solución de problemas y el automanejo llevan a realizar menos conductas de riesgo e incrementar el uso del condón en mujeres (Carey et al., 2000).

### *Habilidades de manejo de emociones*

El autocontrol se refiere a la capacidad que tiene una persona de modificar o inhibir la expresión de impulsos (Block y Block, 1980; en Bos, 1998). Cuando una persona tiene un bajo autocontrol, fácilmente expresa sus sentimientos y deseos; por otro lado, una persona con un alto autocontrol inhibe la expresión de sus sentimientos y retarda la gratificación. Lo importante es tener la capacidad de modificar el nivel de autocontrol dependiendo la situación. Por ello esta habilidad está relacionada con la capacidad de adaptarse a los cambios (Block y Block, 1980; en Bos, 1998).

---



Como vemos, la adquisición y desarrollo de las habilidades para la vida llevan a un mejor desempeño personal, social, educativo, etc., y, sobre todo, proveen de herramientas para el manejo de situaciones estresantes, lo cual facilita el mantenimiento de la salud física, emocional y social.

En esta reseña se han dividido y explicado por separado; sin embargo, en la vida real no están separadas, sino que forman un modelo integral, en el que cada una tiene que ver con las demás y viceversa. Por ejemplo, sin la habilidad de expresar las emociones difícilmente se podrían solucionar los problemas, etc. El incremento en una puede producir el incremento en otras y al revés. Por eso este enfoque las maneja todas de manera conjunta e integral.

### **Programas de desarrollo de habilidades**

Existen diversos programas que se han basado en las habilidades para la vida con el fin de promover la salud y bienestar de diversas poblaciones. Algunos de éstos son:

*Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS) (Spivak, Platt, y Shure, 1976).*

Se orienta a enaltecer las competencias interpersonales de los niños mediante la enseñanza de habilidades de comunicación, solución de problemas y toma de decisiones. Está diseñado para trabajarse con niños en edad preescolar y fue identificado como un programa efectivo por Greenber, Domitrovich y Bumbarger (1999) (Lynch, Geller y Schmidt, 2004).

*Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS).* Es un programa diseñado

para promover competencias emocionales y sociales y reducir la agresión y los problemas conductuales mediante la promoción de cinco aspectos: autocontrol, entendimiento emocional, construcción de la autoestima y habilidades para la solución de problemas interpersonales. Es un programa que se trabaja desde el preescolar hasta el sexto grado y es reconocido por tener efectos positivos en el desarrollo de los niños (Greenberg et al., 1999; en Lynch et al., 2004).

---

*The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project (ISA-SPS)* (Elias, Gara, Ubriaco, Rothbaum, Clabby y Shuyler, 1986). Este programa fue desarrollado para promover la adquisición de habilidades de solución de problemas en niños de preescolar a primaria. El programa es preventivo y busca lograr un mejor ajuste en la transición hacia la adolescencia y ayudar a que niños y niñas enfrenten de mejor manera las situaciones estresantes de su vida cotidiana. Se basa en el entrenamiento en habilidades como la identificación de los propios sentimientos y pensamientos (autoconocimiento), la habilidad de expresarlos, la identificación de posibles alternativas y la evaluación de cada una, la habilidad de planear llevarlas a cabo, el autocontrol, etc. Este programa ha demostrado su efectividad en la adquisición de habilidades de solución de problemas y toma de decisiones y en la utilización de mejores estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes en los niños que participan en él, además de mostrar más conductas prosociales y menos autodestructivas y agresivas hacia los demás (Bruene-Butler, Hampson, Elias, Clabby, Schuyler, 1997).

*Al's Pals: Kids Making Healthy Choices* (Wingspan, 1999). Es un programa diseñado para trabajarse con niños de tres a ocho años y ayudarlos en el desarrollo de habilidades sociales, solución de problemas, autonomía y un sentido de creencia en un futuro brillante. Esto mediante la construcción de habilidades de comunicación, expresión de sentimientos, cuidado, pensamiento flexible, solución de problemas, uso de autocontrol y toma de decisiones saludables. El objetivo es equipar a los niños para que puedan manejar las situaciones estresantes que se presenten en su vida. La aplicación de este programa se lleva a cabo a través de los profesores de estos niños. Reciben un entrenamiento sobre cómo llevar a cabo actividades que promuevan el desarrollo de las habilidades en su salón de clases y mediante el modelamiento y el reforzamiento de éstas. Diversas evaluaciones de este programa han demostrado su efectividad en promover la adquisición de habilidades sociales, solución de problemas, autocontrol, expresión de sentimientos y toma de decisiones. Los niños que participaron en estas intervenciones demostraron mayor competencia socio-emocional y mejores habilidades de afrontamiento que aquellos que no recibieron la intervención. Al mismo tiempo, redujeron la

---

aparición de conductas antisociales y agresivas (Lynch, Geller y Schmidt, 2004).

*Life Skills Training (LST)* (Botvin, Baker, Renick, Filazzola y Botvin, 1984). Tal vez sea el programa de prevención de conductas adictivas que más se ha estudiado e implementado. Empezó siendo un programa enfocado en la prevención del uso del cigarro (Botvin, Eng y Williams, 1980). Conforme se fue replicando y estudiando demostró ser efectivo para el uso de otras sustancias como: marihuana (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, y Botvin, 1990), alcohol (Botvin, Baker, Dusembury et al., 1990) y polidrogas (Botvin, Epstein, Baker, Díaz, Williams, Miller et al., 1997). Estaba diseñado para ser trabajado con adolescentes, pero su uso se ha extendido al trabajo con niños en primaria (Botvin, Griffin, Paul y Macaulay, 2003). En general, los estudios que han evaluado este programa encuentran que ayuda a disminuir el uso de cigarro, alcohol y marihuana, así como de otras drogas ilícitas, y a incrementar la existencia de factores protectores, tales como las habilidades sociales (Botvin, Griffin, Paul y Macaulay, 2003). Sin embargo, sus efectos son más consistentes en sustancias como el cigarro y el alcohol, y estos resultados pueden deberse más a la adquisición de conocimientos y a las actitudes que a las habilidades de desarrollo personal y sociales (Coggans, Cheyne y McKellar, 2002).

El LST es un programa basado en el mejoramiento y adquisición de habilidades que enfatiza las habilidades de resistencia a las drogas mediante el entrenamiento en habilidades sociales y personales. Tiene tres grandes componentes:

- 1) Habilidades de auto-manejo personal. En este componente encontramos las habilidades de toma de decisiones y solución de problemas, autocontrol y manejo de la ansiedad.
  - 2) Habilidades sociales. Aquí se encuentran el autoconocimiento, la comunicación, la asertividad y la habilidad para iniciar interacciones interpersonales.
  - 3) Habilidades e información relacionada con las drogas. En este componente se encuentran la práctica de las habilidades de resistencia contra la presión de
-

los compañeros, e información relacionada con las consecuencias del uso de drogas.

Estos componentes son enseñados mediante técnicas cognitivo conductuales, entre ellas: instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales, retroalimentación, reforzamiento social y asignación de tareas para realizar en casa.

*Proyecto ALERT (Ellikson, Bell, y McGuigan, 1993).* Está enfocado a la disminución del uso de drogas mediante la adquisición de habilidades para la vida. Un objetivo central de este programa es incrementar el nivel de autoeficacia para resistir la presión de los compañeros. Su metodología se basa en actividades participativas, discusiones, actividades en equipo, sociodramas e involucramiento de los padres. Tiene impacto en la disminución del consumo de cigarro y marihuana, aunque no se han probado sus efectos a largo plazo.

*Gonorrhea Community Action Project (VanDevanter, N., Messeri, P., Middlestadt, S., Bleakley, A., Merzel, C., Hogben, M., Ledsky, R., Malotte, K., Cohall, R., Gift, T. y St. Lawrence, J., 2005).* Este programa funciona a través de organizaciones comunitarias mediante la creación y promoción de actividades extraescolares educativas y programas deportivos que promueven las creencias positivas y las actitudes hacia la búsqueda de cuidado preventivo, habilidades y autoeficacia, y motivan la comunicación con los demás y la realización de chequeos frecuentes. Los resultados muestran un incremento en la asistencia a consultas para chequeos médicos, incremento en la comunicación con familiares y amigos al respecto, y un aumento en las creencias positivas hacia la realización de visitas médicas en las mujeres, aunque no hubo incremento en la autoeficacia ni en las intenciones de realizarse chequeos, y tampoco hubo cambios significativos en los hombres.

Éstos son sólo algunos de los programas que existen para la promoción de la salud y que están basados en la adquisición de habilidades. La mayoría de estos programas ha demostrado su efectividad en la adquisición de las

---

habilidades y conocimientos que promueven en diferentes poblaciones, de distintas edades y culturas. La forma de fomentar el desarrollo de habilidades es a través de técnicas cognitivo-conductuales, las cuales facilitan la adquisición de conductas, ya que permiten su observación, ensayo y la recepción de retroalimentación (Coggans, Cheyne y McKellar, 2002). Además, promueven la metodología participativa y la autorreflexión, lo cual ayuda a sensibilizar ante la importancia de los temas y de las habilidades en la vida diaria.

## **Conclusión**

De lo revisado en este capítulo podemos concluir que:

- 1) La promoción de la salud debe estar enfocada en la adquisición de habilidades que funcionen como agentes protectores para enfrentar las situaciones estresantes de la vida, y en la transmisión de conocimientos que permitan a las personas tener las herramientas necesarias para tomar decisiones con respecto a su salud.
  - 2) Existen diversos programas de promoción de la salud con finalidades específicas, pero que comparten las habilidades y conceptos que quieren promover. Es necesario retomar aquellas que han demostrado su efectividad para reducir los riesgos en los que pueden caer niños y niñas. La OMS reconoció un grupo de habilidades básicas y las llamó "Habilidades para la vida".
  - 3) No sólo es cuestión de nombrar las habilidades, sino de poner atención en las teorías que sustentan su efectividad, los hallazgos empíricos y, sobre todo, la forma de facilitar su adquisición.
  - 4) Las habilidades para la vida han funcionado para distintas problemáticas y pueden funcionar para programas de promoción de la salud más generales, con base en intervenciones más específicas.
  - 5) En este trabajo en particular, se retoma el enfoque de habilidades para la vida para incrementar conductas de salud en general y promover el incremento en el nivel de autoeficacia. La metodología y el diseño de la intervención están basados en las teorías que sustentan este enfoque, en particular la teoría del Aprendizaje Social.
-

## VII. El programa “Habilidades para la Vida y la Salud”

*Dime y lo olvidaré, enséñame y lo  
recordaré, involúcrame y lo aprenderé.*  
Benjamin Franklin

*Si das pescado a un hombre hambriento,  
le nutres una jornada. Si le enseñas a  
pescar, le nutrirás toda la vida.*  
Lao-tsé

El programa de “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003) tiene como antecedente al programa “Yo quiero, Yo puedo” de educación para la vida (Pick y Givaudan, 1996), dirigido a niñas y niños desde el preescolar hasta tercero de secundaria.

El programa “Yo quiero, Yo puedo” fue diseñado a partir de los resultados obtenidos de la evaluación del programa *Planeando tu vida* (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, y cols., 1988), dirigido a adolescentes, cuyo objetivo es proporcionar información y herramientas que promuevan una formación sexual integral y responsable. La evaluación del programa indica que si bien no existe evidencia de que influya en la edad de inicio de la actividad sexual, aquellos que reciben el programa antes de su debut sexual tienen más probabilidad de utilizar anticonceptivos, comparados con un grupo control (Pick de Weiss, Givaudan, y Givaudan, 1993). Estos resultados dejan ver la importancia de iniciar la formación sexual antes del debut sexual o, de preferencia, a edades más tempranas. Por ello se crea el programa “Yo quiero, yo puedo”, que abarca edades desde los 3 hasta los 15-16 años.

El programa “Yo quiero, Yo puedo” se diseñó con base en el enfoque de “Habilidades para la vida” que sugiere la OMS (1993). Su objetivo es promover la adquisición de habilidades y conocimientos básicos para que niñas y niños puedan enfrentar situaciones adversas en su vida cotidiana. Es un programa escolarizado, sustentado en el trabajo directo con los docentes, quienes se encargan de transmitirlo a sus alumnos. Sigue una metodología participativa, en la que se resalta la importancia del niño como ente activo en el proceso de aprendizaje. Es decir, es interactiva, toma en cuenta las necesidades y las

---

capacidades de los niños, propicia experiencias prácticas de aprendizaje de habilidades y conocimientos y brinda espacios para mejorar la ejecución de habilidades y conductas. Los materiales didácticos de los que está compuesto el programa son: libro de trabajo para la niña o niño, y una guía para docentes.

Las áreas manejadas el programa “Yo quiero, Yo puedo” son:

- ⇒ Familias y grupo social. Su objetivo es desarrollar dentro de la familia un clima emocional positivo, basado en el respeto, el afecto y la cooperación.
  - ⇒ Autoconocimiento, Autoestima y Autoconfianza. Se centran en el desarrollo de un sentimiento de autocuidado, confianza y amor hacia uno mismo.
  - ⇒ Comunicación. Busca la empatía por medio de la comprensión y el respeto de los sentimientos ajenos, así como desarrollar habilidades que mejoren la convivencia, el dialogo y la ayuda mutua.
  - ⇒ Toma de decisiones. Favorece la reflexión sobre las acciones propias, con base en la estimulación del pensamiento crítico y analítico, ayudando a asumir el control de la vida como consecuencia de las propias acciones y no como resultado de eventos externos.
  - ⇒ Higiene y Salud. Mediante ellas se busca desarrollar actitudes de responsabilidad hacia el cuidado de la salud.
  - ⇒ Sexualidad. Desarrolla acciones de responsabilidad hacia la salud sexual, la planificación familiar y la paternidad responsable.
  - ⇒ Pareja y roles sexuales. Analiza cuáles son los factores que llevan a la desigualdad en la convivencia diaria y brinda elementos para el entendimiento entre ambos sexos, analizando las diferencias y semejanzas de sentimientos y estilos de interacción.
  - ⇒ Uso del Tiempo y Dinero. Promueve la capacidad de planeación a través del establecimiento de metas de realización personal a corto y a largo plazo.
  - ⇒ Ecología. Desarrolla iniciativas que apoyan el respeto a los recursos naturales y la protección del medio ambiente.
-

Diversas evaluaciones del programa “Yo quiero, Yo puedo” han demostrado su efectividad en el desarrollo de habilidades de autoconocimiento, comunicación y toma de decisiones, en comparación con un grupo control (Pick y Givaudan, 1995). En una aplicación con niños de 5º y 6º grados se encontró un incremento en las habilidades de comunicación, toma de decisiones, responsabilidad y conocimientos sobre sexualidad (Givaudan, Ramón, Camacho y Pick, 1997). Boss (1998) encontró que el programa “Yo quiero, Yo puedo” incrementa de manera significativa el nivel de asertividad en niños de 2º y 3er grados.

El programa “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003) es la versión dirigida al medio rural del programa “Yo quiero, Yo puedo” y el proceso de modificación y adaptación de los materiales será explicado en el Estudio I. En este apartado hablaremos de los ejes temáticos que lo componen y las habilidades que pretende promover. Es necesario aclarar que las modificaciones de este programa solo se han realizado, hasta el momento, para los grados de 3º a 6º y se diseñó una nueva guía para docentes.

### *Ejes temáticos*

Estos ejes temáticos se mantienen a lo largo de los cuatro grados, y el contenido y actividades cambian según el grado. A continuación presentamos cada uno de ellos y su objetivo.

- **Me organizo y soy productivo** (Toma de decisiones, solución de problemas y autoconocimiento).
    - **Objetivos:**
      - Brindar elementos para manejar el tiempo como un recurso.
      - Promover la capacidad de planeación a través del establecimiento de metas de realización personal a corto y a largo plazo.
  
  - **Me conozco y me quiero** (Autoconocimiento y autoestima).
    - **Objetivo:**
-



- Favorecer el análisis de las características propias, llevando al desarrollo de un autoconcepto centrado en las fortalezas y en el reconocimiento de las propias limitaciones.
  - **Me cuido** (Autocuidado, toma de decisiones, comunicación).
    - **Objetivo:**
      - Reforzar aspectos básicos del cuidado de la salud a través de la adquisición de hábitos de higiene.
      - Resaltar la importancia de la conducta de la prevención de enfermedades.
  - **En qué nos parecemos y en qué somos diferentes los hombres y las mujeres** (Equidad de género).
    - **Objetivos:**
      - Analizar los factores sociales que llevan a la desigualdad en la convivencia diaria.
      - Brindar elementos para el entendimiento entre ambos sexos analizando las diferencias y semejanzas de sentimientos y estilos de interacción.
  - **Soy responsable** (Toma de decisiones, pensamiento crítico y analítico).
    - **Objetivos:**
      - Favorecer la reflexión de las propias acciones con base en la estimulación del pensamiento crítico y analítico.
      - Asumir el control de la vida como consecuencia de las acciones propias y no como resultado de eventos externos.
  - **Mi sexualidad.**
    - **Objetivos:**
      - Transmitir conocimientos básicos relacionados con la sexualidad, así como con el placer sexual, los órganos sexuales, el proceso reproductivo, la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA.
-

- Brindar elementos para la prevención del abuso sexual.
  
  - **Observo, escucho y me comunico** (Comunicación efectiva).
    - **Objetivos:**
      - Facilitar la adquisición de habilidades relacionadas con la comunicación verbal y no verbal.
      - Conocer y aplicar los elementos que intervienen en una comunicación efectiva.
      - Aprender a negociar como elemento básico para mejorar las relaciones interpersonales y el entendimiento con otras personas.
  
  - **Me alimento sanamente.**
    - **Objetivos:**
      - Reforzar aspectos básicos sobre una nutrición adecuada.
      - Analizar la importancia de la nutrición para el desarrollo de las niñas y niños.
      - Identificar los alimentos que contribuyen a un desarrollo sano dentro de las posibilidades de cada familia.
  
  - **Expreso mis sentimientos** (Comunicación efectiva y manejo del afecto).
    - **Objetivos:**
      - Favorecer la identificación de los propios sentimientos y la comunicación de ellos como parte de la identificación y satisfacción de las necesidades afectivas.
  
  - **Cuido mi ambiente** (toma de decisiones, pensamiento crítico y creativo).
    - **Objetivos:**
      - Apoyar el papel activo de cada miembro de la comunidad en el cuidado del medio ambiente.
      - Valorar la importancia de la ecología para el cuidado de la salud.
-

La aplicación del programa en el aula es llevada a cabo a través de las y los docentes, quienes reciben una capacitación de 40 horas en un taller vivencial. El objetivo de este taller es sensibilizar a maestras y maestros sobre la importancia de las habilidades para la vida y la promoción de la salud por medio de técnicas que evidencien la relevancia que tienen en su propia vida. Al mismo tiempo, son capacitados en la metodología para trabajar el programa, que gira alrededor de cinco elementos principales: fomento de la autoestima en niñas y niños, desarrollo de habilidades de comunicación, toma de decisiones, responsabilidad, y equidad de género.

En la modalidad normal de la capacitación en el programa “Yo quiero, Yo puedo” sólo se realiza el taller de 40 horas. Sin embargo, debido a las necesidades particulares de esta investigación, se realizó un segundo taller, llamado de Actualización, al inicio del segundo año de aplicación del programa. Este taller surgió de los resultados arrojados en las visitas de acompañamiento (ver Estudio 2), entre los que resaltaron la actualización de conocimientos sobre sexualidad y la aplicación de otras técnicas para fomentar la adquisición de habilidades de comunicación, toma de decisiones e incrementar el nivel de autoestima en niñas y niños. Este taller estuvo diseñado para trabajarse en 20 horas y se enfocó en aspectos técnicos, más que vivenciales, con el objetivo de facilitar herramientas prácticas para el trabajo del programa con niños y niñas. En este taller se dio particular importancia al modelamiento, ensayo y retroalimentación de las técnicas diseñadas.

### *Materiales didácticos*

Como se indicó antes, el proceso de modificación de los materiales se explicará en un capítulo posterior, debido a que forma parte de los estudios de esta investigación. En este capítulo sólo se describirá cómo están organizados los libros.

Cada grado escolar (3º a 6º) tiene un libro diferente, que abarca los 10 ejes temáticos como unidades. Para cada año se diseñaron diferentes contenidos que refuercen los objetivos del eje temático, y que sean pertinentes para el nivel de desarrollo que se espera en ese grado en particular.

---

Cada unidad está organizada de la siguiente manera:

1. Carta al Maestro (a). Esta carta tiene como objetivo enfatizar los puntos en los que es de gran importancia la sensibilidad del/la docente para el manejo del tema.
2. Lectura. Esta lectura puede ser un cuento, una anécdota o una historia cotidiana que esté relacionada con el contenido de la unidad en particular. El objetivo de esta lectura es abrir la oportunidad para discutir el tema y conocer lo que niñas y niños piensan de él.
3. Ejercicios. Estos ejercicios pueden ser contestados a nivel individual, por equipos y/o grupal. Cada uno de los ejercicios está diseñado para facilitar la adquisición de habilidades, reforzar conocimientos, compartir experiencias y recibir realimentación. Además, están planteados pensando en el nivel de desarrollo de niñas y niños y en cumplir con el requisito de ser recreativos y significativos.
4. Ejercicio para la casa: Estas actividades tienen como objetivos: reforzar lo trabajado en clase, involucrar a las personas que rodean a niñas y niños, y expandir lo visto en clase a otros escenarios de su vida.
5. Glosario: Está compuesto por una lista de palabras que puedan resultar extrañas o que necesitan ser definidas para su comprensión. Los glosarios están escritos en lenguaje sencillo, pero que abarca de manera clara el significado de cada palabra.

La Guía para Docentes comprende todos los ejes temáticos en los cuatro grados que se trabajan. Incluye una sección dónde se habla del enfoque de Habilidades para la Vida y la metodología participativa. Después viene una sección de recomendaciones generales para trabajar el libro y le sigue el cuerpo principal de la guía, que es el desarrollo de cada uno de los ejes temáticos por grado.

Cada eje temático tiene un marco teórico que apoya al/la docente en el desarrollo de la unidad. Después vienen, por grado, los objetivos del tema, los materiales necesarios y la propuesta de trabajo.

---

Dentro de la capacitación para el programa hay una sección dedicada al trabajo con los materiales, donde las y los maestros realizan una práctica para conocer los libros y la guía y preparar una clase muestra, en la cual reciben la realimentación del/la facilitador (a) y sus compañeros.

El programa de “Habilidades para la vida y la salud”, en el marco del proyecto de Desarrollo Integral Comunitario, se trabaja a lo largo del año escolar. Puede ser abordado por separado o en conjunto con los contenidos del currículum de la SEP, ya que muchos de los temas que se abordan coinciden con que existen en los programas de la SEP, por lo que pueden ser complementarios. En nuestra experiencia, muchas y muchos docentes prefieren llevarlo por separado, aunque muchos otros (principalmente los que atienden escuelas multigrado) lo aparean a los contenidos del programa normal, aunque siguiendo la metodología que pide el programa de “Habilidades para la vida y la salud”.

## VIII. Modelo de trabajo

### || Estructura temporal del proyecto.

Para facilitar la comprensión de las etapas en las que se desarrolló el proyecto, se presentan las actividades que se realizaron por ciclo escolar.

Tabla 1

Cronograma de actividades realizadas por ciclo escolar desde el 2002 hasta 2006

Actividad	Ciclo Escolar			
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Estudio I. Adaptación del programa “Yo quiero, Yo puedo” al medio rural.	■			
Construcción Instrumento Autoeficacia General (Anexo)		■		
Estudio II. Fase 1. Evaluación del Programa 3er grado (Adquisición de habilidades y nivel de autoeficacia específica) <sup>1</sup>		■	■	
Estudio II. Fase 2. Evaluación del Programa 4º grado (Adquisición de habilidades, nivel de AE específica y AE general) <sup>1</sup>			■	■

<sup>1</sup> Estos estudios estuvieron programados para realizarse uno por año escolar. Sin embargo, dadas las circunstancias propias del contexto y la coordinación de instituciones, se alargó el tiempo de su aplicación.

a. Presentación del modelo.

El modelo que a continuación se presenta es el que se propone para explicar el papel de las habilidades y conocimientos en la autoeficacia (tanto específica como general) y en la realización de conductas.

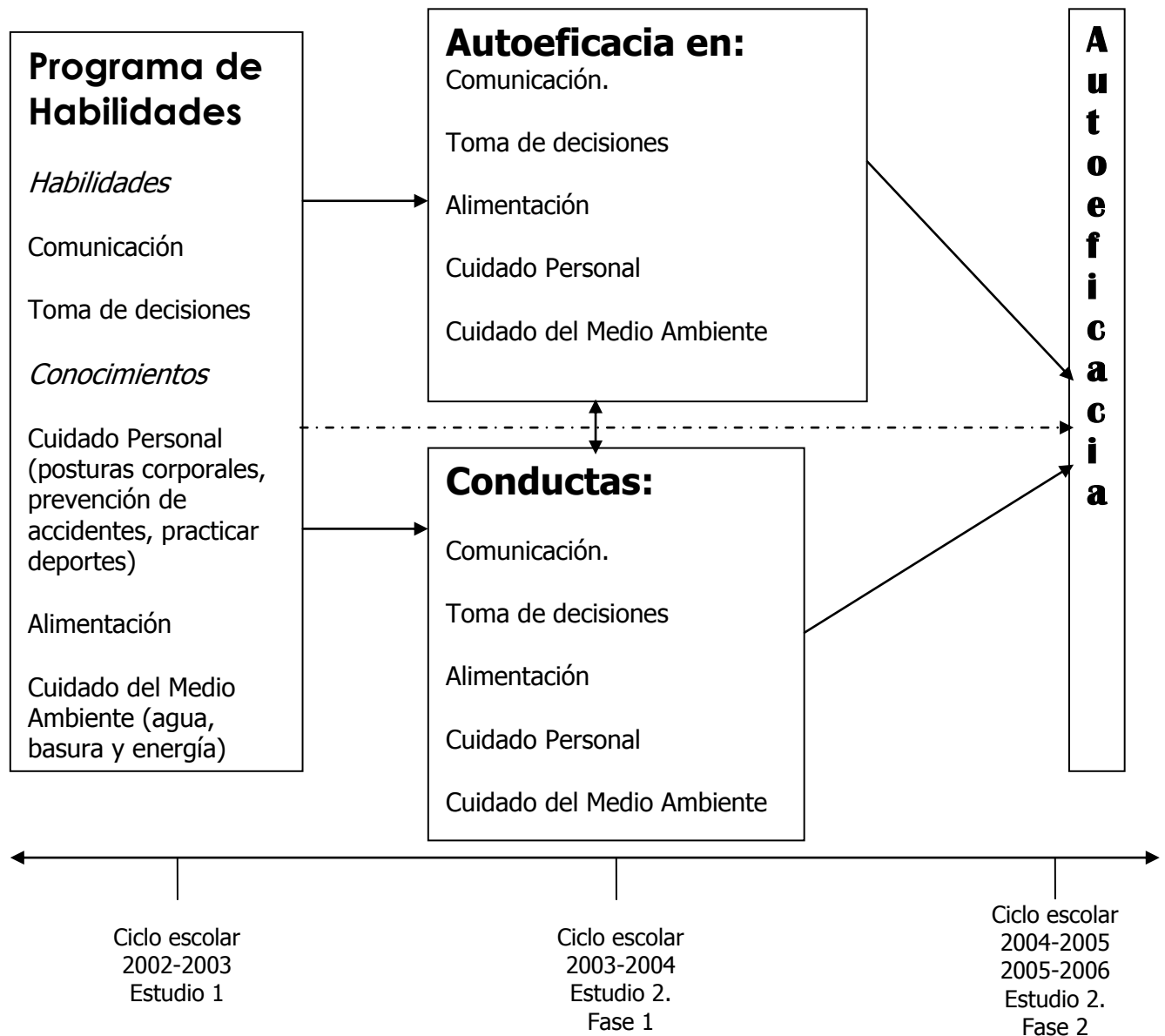


Figura 2. Modelo de estructura para el trabajo a través de los ciclos escolares

Según este modelo, el programa de “Habilidades para la vida y la Salud” tendrá impacto en la adquisición de habilidades de comunicación y toma de decisiones y en la realización de conductas de alimentación, cuidado personal y cuidado del medio ambiente, a la vez que influirá en el nivel de autoeficacia específica en niñas y niños. Esta última tendrá impacto en la conducta, que a su vez tendrá impacto en la autoeficacia específica, marcando una relación bidireccional. Y cada una de ellas tendrá impacto, a través del tiempo, en la autoeficacia general. Para ello se llevaron a cabo dos estudios con varias fases cada uno.

#### Estudio 1. Adaptación del programa al medio rural

##### Fases:

1. Formación de docentes
2. Entrevistas y grupos focales
3. Aplicación de formatos de seguimiento
4. Grupos focales con expertos

#### Estudio 2. Evaluación del programa de “Habilidades para la vida y la salud”

##### Fases:

1. Adquisición de habilidades y conductas saludables y autoeficacia específica.
  - a. Formación de docentes
  - b. Evaluación del programa
2. Seguimiento y desarrollo de la autoeficacia general.
  - a. Formación de docentes
  - b. Evaluación del programa



**IX. Estudio 1.** Diseño y adaptación del Programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996) para comunidades rurales e indígenas del estado de Hidalgo.

Objetivo General.

Adaptar el programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996) al medio rural e indígena de la Huasteca hidalguense.

Fase 1. Formación de docentes de primaria, general e indígena, en Hidalgo.

*Objetivo:*

⇒ Formar a docentes de primaria del estado de Hidalgo en la metodología del programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996) y en el desarrollo de habilidades.

*Participantes:* 426 maestros

*Muestreo:* No probabilístico intencional

*Procedimiento:*

El proyecto dentro del cual se trabaja este programa fue elaborado por IMIFAP en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Este proyecto se presentó dirigido al estado de Hidalgo, razón por la cual el programa se lleva a cabo en ese estado.

Se llevaron a cabo 20 talleres teórico-vivenciales, con duración de 40 horas, sobre la metodología con la que se trabaja el programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996), centrándose en la sensibilización de los maestros para trabajar con habilidades que promuevan la salud integral y en las técnicas para su formación en los niños. Cada grupo de trabajo estuvo compuesto por 25 participantes, la mayoría de los cuales eran docentes frente a grupo. También participaron autoridades educativas como: directores de escuela, jefes de sector, supervisores, etc.

La formación se realizó a través de 12 facilitadores expertos miembros de IMIFAP-Educación, Salud y Vida, con amplia experiencia en el entrenamiento en Habilidades para la Vida. En estos talleres se indicó a los maestras y maestros que debían trabajar en el programa al menos una vez por semana, con lo que cubrían completamente los contenidos de las unidades en el año escolar. Se abarcaron temas como: autoestima, comunicación, toma de decisiones, sexualidad infantil, manejo de emociones y una sesión dedicada a la propuesta de trabajo con los materiales didácticos. Cada uno de los temas fue abordado desde el enfoque de formación de habilidades para la vida con el objetivo de desarrollar metodologías participativas que faciliten la adquisición de las habilidades.

## | Fase 2. Entrevistas y Grupos Focales

### *Objetivos:*

- ⇒ Identificar las características específicas de las comunidades rurales para incorporarlas en el rediseño de los libros de trabajo del programa.
- ⇒ Conocer la opinión de los docentes sobre los materiales y su funcionamiento en el medio en que se desenvuelven.

### *Participantes:*

100 maestros de primaria en Hidalgo.

### *Estudio:* exploratorio

### *Muestreo:* No probabilístico intencional

### *Instrumento:* Guía de entrevista y grupos focales

### *Procedimiento.*

Durante el segundo semestre del año escolar se realizaron dos visitas de acompañamiento a los docentes, para observar el desarrollo del programa con las niñas y niños. Durante estas visitas, se entrevistó a las maestras/os y/o se realizaron grupos focales con ellos para obtener información pertinente a la

adaptación de los materiales. Se entrevistó, principalmente, a los/as maestros/as que laboran en áreas rurales e indígenas del estado (Huasteca y Sierra de Tenango). La entrevista se enfocó en la pertinencia y correspondencia al medio rural e indígena de los siguientes aspectos: ilustraciones, contenidos, ejercicios, lenguaje y estructura de las unidades. Cada entrevista duró en promedio 30 minutos. Se transcribieron las entrevistas y se hizo un análisis de contenido.

### | Fase 3. Formatos de Seguimiento

#### *Objetivo:*

⇒ Evaluar la aplicabilidad de cada unidad perteneciente al programa en relación con el contexto (rural).

#### *Participantes:*

423 maestros de primaria de Hidalgo.

#### *Estudio:* Exploratorio

#### *Muestreo:* No probabilístico intencional

#### *Instrumentos:*

Formato de Seguimiento.

El formato de seguimiento fue diseñado para obtener información sobre lo adecuado de los materiales para el medio en que los maestros trabajan. Consta de 12 reactivos. Cuatro reactivos tienen que ver con la calidad de los contenidos, ejercicios y definiciones y se califican con una escala de diferencial semántico (excelentes-pésimos). Cuatro evalúan la adecuación al medio de contenidos, dibujos, etc., y se califican con una escala tipo lickert de 5 puntos (1: Nada- 5: Mucho) y 4 preguntas abiertas con referencia a sugerencias de contenido, dibujos, ejercicios, tipo de lenguaje, etc.

#### *Procedimiento:*

Durante la capacitación, se entregaron a los maestros 14 formatos de seguimiento, que ellos llenaban al terminar cada unidad que trabajaron.

Cada mes enviaron los formatos, por conducto de los supervisores y jefes de sector, a IMIFAP; cada mes se recolectaban 3 unidades o 3 formatos, aproximadamente. Los formatos fueron capturados en una base de datos para su análisis.

#### | Fase 4: Revisión de los materiales por parte de expertos

##### *Objetivo:*

⇒ Obtener información y la opinión de quienes han participado en los programas de habilidades para la vida de IMIFAP y que realizaron visitas de acompañamiento a las escuelas y comunidades de la zona rural del estado.

##### *Participantes:*

8 miembros del equipo que trabaja en el programa.

##### *Estudio:* Exploratorio

##### *Muestreo:* No probabilístico intencional

##### *Procedimiento:*

Los libros del programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996), ya existentes, fueron revisados por el grupo de facilitadores/as que realizó las visitas de acompañamiento con los maestros/as. Durante estas visitas se realizaron registros observacionales de la clase, la escuela y la comunidad. Con esta experiencia, los/as facilitadores/as obtuvieron elementos suficientes para revisar los libros y hacer sugerencias sobre modificaciones a los materiales para adecuarlos al contexto en el que se trabajarían.

Se les entregó un libro de cada grado del programa (3º, 4º, 5º y 6º) y se les pidió revisarlo. Cuando finalizó la revisión se realizaron dos reuniones tipo grupo focal para intercambiar observaciones y llegar a acuerdos. La discusión estuvo centrada en la pertinencia de las ilustraciones, contenidos, ejercicios, lenguaje y estructura de las unidades. Los resultados de las reuniones se grabaron y transcribieron.

##### *Resultados.*

El análisis de la información se llevó a cabo a partir de la captura de la información contenida en los formatos de seguimiento, la transcripción de las entrevistas y los grupos focales, y se sacaron categorías. Finalmente, se obtuvieron frecuencias por categoría. La información generada a partir de este proceso sirvió de base para que se llevaran a cabo las modificaciones al material, que se dividieron en cuatro aspectos básicos: ilustraciones, contenidos, ejercicios, glosario, y otros.

En relación con la aplicación del programa, las/los maestros utilizaron diversas estrategias: algunas/os incorporaron a su horario de clases una hora a la semana dedicada al trabajo con el programa “Yo quiero, Yo puedo”. Otras/os revisaron el currículum escolar y empataron las unidades que tenían similitud con el programa para trabajarlas en el tiempo asignado a las materias curriculares. La mayoría de las/los docentes trabajaron el programa como mínimo una hora, lo que resultó en que para mayo del 2003 ya había quienes habían abarcado todo el programa, y para finales de junio (cuando se realizó la segunda ronda de acompañamientos), el 90% lo había terminado.

### Entrevistas y Grupos Focales

En las entrevistas y grupos focales que se realizaron, hubo comentarios en relación con la falta de herramientas para trabajar los temas en las comunidades rurales, sobre todo en las indígenas. Las razones que daban eran la falta de participación de niñas y niños, la poca integración que había entre niñas y niños, la falta de recursos materiales para llevar a cabo las actividades del libro y, en algunos casos, el exceso de trabajo o programas que atender. También comentaron que les parecía importante que se realizaran las visitas de acompañamiento, pues era una motivación para seguir trabajando el programa.

Con respecto a la adaptación de los materiales al medio, la mayoría coincidió en que el contenido de los libros es muy importante para el desarrollo de niñas y niños. Casi todos mencionan que, aunque el lenguaje es sencillo, está muy enfocado al medio urbano. Sugirieron utilizar palabras más sencillas y lecturas más cortas que facilitaran su comprensión. Mencionaron que palabras como “autoestima” no tienen un referente similar en el idioma materno de niñas y niños (hablando

---

específicamente de las comunidades indígenas), por lo que se complicaba su explicación. Algunos mencionaron que el tipo de letra que se usa en los libros tendría que ser más grande.

En cuanto a las ilustraciones, mencionaron que sería mejor si retrataran el medio ambiente de una comunidad rural: los montes, los ríos, la comunidad, los vestidos y calzado típicos, el color de piel y la fisonomía. También sugirieron que tuvieran colores brillantes y fueran más grandes.

En relación con los ejercicios, comentaron que, a veces no les alcanza el tiempo para hacerlos todos, por lo que sugieren reducir su número, dejando los que mejor cumplan con el objetivo de cada unidad y eje temático. También mencionaron que en ocasiones se les dificulta conseguir los materiales que se piden para las actividades y que sería necesario incluir materiales que se encuentren en el campo. Por otro lado, la mayoría menciona que los ejercicios debieran ser relevantes para las/los niños en su contexto y vida cotidiana.

### Reuniones con expertos

Las sesiones de revisión de materiales por parte de expertos se realizaron dos semanas después del término de la 1ª ronda de acompañamientos (marzo-abril). Cada experto había realizado al menos 20 acompañamientos y casi todos habían hecho entrevistas y/o grupos focales. En estas revisiones se hicieron sugerencias de cambios muy puntuales en los contenidos (actualización de datos, etc.), en el lenguaje utilizado, en los ejercicios. En lo tocante a éstos, se modificaron varios ejercicios para que quedaran mejor explicados y más cercanos al objetivo, además de mejor adaptados al medio rural. Se hicieron sugerencias sobre las ilustraciones que después fueron enviadas al ilustrador.

En estas reuniones los expertos destacaron la riqueza del medio ambiente rural e indígena en la variedad de colores, sabores, olores y texturas que lo rodean, y que sería importante reflejar en los materiales. También destacaron la riqueza de

---

cultura y tradición que persiste en esos lugares que son parte fundamental de la identidad de estas comunidades, y sugirieron integrarlas a los contenidos y actividades.

En las entrevistas tanto con docentes como con expertos se recalcó evitar que fuera un programa creado desde la ciudad para el campo y se procurara que fuese un programa con integración de ambos medios y formas de vida en pro de la mejora en la salud de niñas y niños en el medio rural.

### Formatos de seguimiento

En cuanto a los formatos de seguimiento, su recolección fue lenta, sobre todo por las vías de entrega (de los docentes a los supervisores y de éstos al jefe de sector, quien se encargaba de enviarlos a IMIFAP). En total se recopiló 520 formatos de seguimiento, 130 por cada grado del programa (3º, 4º, 5º y 6º). Para el análisis de los datos de los formatos de seguimiento se utilizó un análisis de frecuencias, con el fin de obtener porcentajes de cada categoría.

#### 1. Ilustraciones:

- a. 52% de los maestros y maestras opinan que no reflejan la vida en su comunidad,
- b. 75% indican que deben ser acordes al medio rural (paisajes, gente y situaciones),
- c. 63% señalan que es necesario que haya más dibujos,
- d. 35% opinaron que debían ser acordes a los temas y
- e. 23% que sean más reales y más coloridos.

#### 2. Contenidos:

- a. 65% señalaron que son adecuados y reales,
  - b. 98.7% que son interesantes, claros y sencillos,
  - c. 53% que son inadecuados para el medio rural (están muy enfocados al medio urbano) y
  - d. 64% que las lecturas son muy largas.
-

### 3. *Ejercicios:*

1. 96% opinaron que son claros, adecuados y sencillos,
2. 61.7% dijeron que a los niños/as les gustaron mucho,
3. 45% que había ejercicios solo realizables en el medio urbano,
4. 56% que los ejercicios debían estar enfocados al medio rural.

### 4. *Glosario:*

- a. 62.7% dijeron que las definiciones eran claras,
- b. 39.9% que eran adecuadas,
- c. 77% que había muchos términos difíciles de explicar a los niños de lengua indígena (simpático, iniciativa, autoestima, entre otras).

### 5. *Otros:*

- a. 65% expresaron la importancia de incorporar paisajes, tradiciones y cotidianidades del medio rural y,
- b. 100% de los maestros bilingües entrevistados (náhuatl-español; ñah ñuh-español) enfatizaron la importancia de que los contenidos sean más sencillos de explicar y menos largos.

### *Discusión*

El tiempo que tardó el proceso de modificación de los materiales fue de un año escolar. Cada fase de este estudio aportó elementos fundamentales para la adaptación de los libros: desde el acercamiento a las y los docentes y a la realidad de la educación rural e indígena hasta la información cuantitativa que aportaron los formatos de seguimiento.

En términos generales, el programa “Yo quiero, Yo puedo” fue bien recibido por docentes, niñas y niños. Los docentes expresaron la importancia que para ellos tienen las habilidades que maneja el programa. Esta importancia fue reflejada en la



forma de incorporar a sus rutinas de trabajo los contenidos y la metodología del programa, el llenado de los formatos de seguimiento de cada unidad trabajada y su disposición a participar en las entrevistas y grupos focales. Esta motivación se debió en buena parte a la formación recibida.

Los obstáculos o barreras que las y los docentes encontraron al aplicar el programa (poca participación en clase, etc.) fueron incorporados en la reestructuración de la guía para docentes, donde se agregaron algunas estrategias para promover la participación de niñas y niños en clase, el fomento de la equidad de género, etc. También fueron bases fundamentales para la elaboración del primer taller de actualización para docentes.

En la guía para docentes se incorporaron estrategias que los propios docentes aportaron o fueron observadas en las visitas de acompañamiento, como las que tenían que ver con el trabajo con grupos *multigrado* o algunos materiales que utilizaron para sustituir los sugeridos.

Las observaciones hechas a los materiales para su adaptación fueron, básicamente, incorporar elementos del medio ambiente físico y social de las comunidades para favorecer la identificación y adopción del programa por las y los niños. Los dibujos e ilustraciones fueron los elementos que con más frecuencia se mencionaron al momento de sugerir cambios. Los dibujos son lo que atraen en mayor medida la atención de los niños hacia los libros, por lo que es fundamental que reflejen la vida cotidiana para que niñas y niños se sientan identificados a través de ellos y los encuentren atractivos.

Las modificaciones al contenido y ejercicios siguieron la misma línea. El lenguaje utilizado se simplificó y se acortaron las lecturas (sólo en los grados 3º y 4º). Se modificaron términos obsoletos y se incluyó información actualizada. Se redujeron algunos ejercicios y en la guía para docentes se indicó que las y los maestros podrían elegir los que consideraran más adecuados cuando el tiempo fuera una limitante. El glosario se reestructuró y las definiciones se simplificaron. Además se incluyó un ejemplo en cada definición.

---

Es importante resaltar que el idioma en el que están escritos los libros es el español. La mayoría de las comunidades son indígenas y hablan náhuatl o ñah ñuh, por lo que el idioma resulta una limitante tanto para el trabajo con los libros como para el trabajo de los docentes con el programa, pues es necesaria su traducción constante al idioma materno. La razón por la que no se tradujeron los libros a estos idiomas fue que, siendo este proyecto parte de uno más amplio que abarca todo el estado de Hidalgo, debía tomarse en cuenta a la mayoría de las escuelas, y en éstas se habla español. Sin embargo, es importante considerarlo al momento de hacer cualquier afirmación con relación al impacto del programa en esta población.

### *Conclusión*

Después de todo el proceso, podemos decir que se cumplió, en su mayor parte, el objetivo de adaptar el programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996) al medio rural y se convirtiera en el programa “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003).

### *Acciones realizadas a partir de los resultados*

El programa “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003), antes “Yo quiero, Yo puedo”, se comenzó a aplicar en el ciclo escolar 2003-2004. Las modificaciones que se hicieron fueron las siguientes:

- El programa se redujo a 10 ejes temáticos (unidades). El programa “Yo quiero, Yo puedo” consta de 14 ejes temáticos. Para esta nueva versión se eliminaron cuatro:

Crezco y dejo Crecer.

Pertenezco a una comunidad

Mi familia y mis amigos

Me divierto y aprendo

La razón principal de la reducción de ejes fue que al realizar las visitas de acompañamiento se observó que muchos maestros/as no alcanzaban a

---

cubrir la totalidad del programa. Debido a ello, y dada la importancia de completar las unidades, se realizó esta reducción. Para decidir qué unidades se eliminarían, se hizo un análisis de la relevancia de cada unidad para el cumplimiento del objetivo del programa y se buscó incorporar de alguna forma los temas de estos ejes en los demás.

- Todas las ilustraciones, excepto la portada, cambiaron. Se buscó un balance entre el contexto rural y el urbano, incorporando paisajes, actividades, vestuarios, fisonomías, etc. del medio rural. Además, son más coloridas.
- Se cambiaron contenidos enfocados sólo al medio urbano y se diseñaron actividades que tuvieran relevancia en ambos contextos y se pudieran realizar sin dificultad. Por ejemplo:
- Se modificaron todas las definiciones del glosario, haciéndolas más sencillas y claras.
- Se redujo en algunas unidades el tamaño de las lecturas y se utilizaron términos comunes a ambos contextos. Cuando se eligió un término inusual, pero básico para la unidad, se incorporó su definición en el glosario.
- Se reelaboró y complementó la guía para el maestro/a, incorporando contenidos teóricos que apoyan cada eje temático, y la forma de trabajo sugerida para cada una de las unidades en cada grado.

**Estudio 2.** Efectividad del Programa “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003).

Fase 1. Adquisición de conductas y autoeficacia específica

**Objetivo:** Evaluar un programa de salud en cuanto a la adquisición de habilidades y conocimientos que incrementen la autoeficacia para realizar conductas saludables.

**Pregunta de investigación:** ¿De qué manera influye un programa de salud en el desarrollo de conductas de alimentación, cuidado de la salud y cuidado del medio ambiente y en la autoeficacia específica para cada una de ellas en niños indígenas de la Huasteca Hidalguense?

**Hipótesis:**

1. Un programa de salud, con componentes de habilidades de comunicación y toma de decisiones y conocimientos sobre cuidado personal, alimentación y contaminación ambiental, influirá en la adquisición de conductas de higiene, alimentación y contaminación ambiental.
2. Este programa, a su vez, influirá en el nivel de autoeficacia específica, para realizar dichas conductas, en niños de comunidades rurales.

Formación de docentes

**Participantes:**

400 maestros del estado de Hidalgo.

**Muestreo:**

No probabilístico intencional

**Procedimiento:**

Se capacitó a docentes que ya habían participado el año anterior en el programa con un taller de 20 horas de actualización. Los temas de este taller tenían que ver

con el reforzamiento de las técnicas y conocimientos del programa y se diseñó a partir de lo obtenido en las visitas de acompañamiento del año escolar anterior.

Se entregaron materiales de trabajo (libro y guía del maestro para cada maestro y libros para los niños) del programa “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2004).

## ||| Fase 2: Implementación del programa

### **Participantes**

- 1084 niños estudiantes de primaria que vivan en comunidades rurales e indígenas del Estado de Hidalgo.
- 384 para el grupo experimental
- 700 para el grupo control

De la población total, 562 eran niños y 522 niñas, con una media de edad de = 8.8 y DE = 1.19.

### **VARIABLES**

#### *Variable independiente:*

Programa de “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003).

El programa abarca varias habilidades como son: comunicación, solución de problemas, toma de decisiones, empatía, pensamiento creativo, etc., además de información relacionada con aspectos de salud: alimentación, cuidado del cuerpo, VIH-SIDA, pubertad, trabajo en equipo, etc. Para la presente investigación, solo se tomarán en cuenta algunos elementos del programa: Habilidades de comunicación, toma de decisiones y conocimientos sobre alimentación, cuidado personal y cuidado del medio ambiente. El programa es aplicado por los docentes y tiene una duración de un año escolar.

#### Tabla 2

Definición conceptual y operacional de las variables independientes

Definición Conceptual	Definición Operacional
<p><u>Habilidades</u></p> <p>Habilidades de comunicación: Son aquellas estrategias que fomentan la transmisión y recepción adecuada de un mensaje.</p> <p>Habilidades de toma de decisiones: Se refiere una estrategia secuencial que es usada para entender, analizar y reaccionar ante situaciones estresantes y problemáticas y situaciones que involucran elecciones significativas. (Elias y Clabby, 1992).</p>	<p><u>Habilidades</u></p> <p>Habilidades de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las emociones, pensamientos y opiniones</li> <li>- Expresar las emociones, pensamientos y opiniones.</li> <li>- Hablar en primera persona</li> <li>- Utilizar frases concretas</li> <li>- Utilizar un tono de voz adecuado (congruente con lo que se quiere transmitir)</li> <li>- Contacto visual</li> <li>- Acercamiento físico</li> <li>- Movimientos corporales de atención (asentimientos de cabeza)</li> <li>- Expresiones verbales que reflejen atención. (ajá, ah, etc.)</li> <li>- Verificación de la información recibida (a ver, déjame ver si te entendí, tu dices que...)</li> </ul> <p>Estas habilidades se trabajan en los ejes temáticos: Observo, escucho y me comunico, y Expreso mis sentimientos.</p> <p>Habilidades de toma de decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el dilema.</li> <li>- Identificar opciones de elección.</li> <li>- Identificar ventajas y desventajas de cada opción.</li> <li>- Identificar los sentimientos y/o emociones que les generaría escoger cada opción.</li> <li>- Elegir la opción que más se adecúe a sus necesidades.</li> <li>- Evaluar la efectividad de la opción, sus consecuencias, etc.</li> </ul> <p>Esta habilidad se maneja directamente en las unidades Me organizo y soy productivo y soy responsable e indirectamente en las unidades de: Me cuido, Me alimento sanamente y Cuido mi ambiente.</p>
<p><u>Conocimientos</u></p> <p>Cuidado Personal: Información relacionada con la prevención de</p>	<p><u>Conocimientos</u></p> <p>Cuidado Personal: es la información que se trabaja en la unidad Me cuido.</p>

---

enfermedades y el mantenimiento de la salud.

Alimentación: Información relacionada con el consumo de alimentos nutritivos y el aprovechamiento de los recursos. Alimentación: es la información que se trabaja en la unidad de Me alimento sanamente.

Medio Ambiente: Información relacionada con los factores de riesgo para el medio ambiente y los medios para detener el deterioro ambiental, conservar y aprovechar de manera adecuada los recursos naturales. Medio ambiente: es la información que se trabaja en la unidad de Cuido mi medio ambiente.

---

### *Variables dependientes*

Tabla 3

Definición conceptual y operacional de las variables dependientes

<b>Definición Conceptual.</b>	<b>Definición Operacional.</b>
<u>Habilidades</u> Habilidades de comunicación: Son aquellas estrategias que fomentan la transmisión y recepción adecuada de un mensaje. Habilidades de toma de decisiones: Se refiere una estrategia secuencial que es usada para entender, analizar y reaccionar ante situaciones estresantes y problemáticas y situaciones que involucran elecciones significativas. (Elias y Clabby, 1992).	<u>Habilidades</u> Serán las respuestas dadas al instrumento. Habilidades de toma de decisiones: Serán las respuestas dadas al instrumento.
<u>Conductas</u> Conductas de Cuidado Personal: Se refiere	<u>Conductas</u> Cuidado Personal: serán las respuestas que

---

a aquellas conductas que la persona realice para mantenerse sano, como: ejercicio, descansar si se está enfermo, etc.

Conductas de Alimentación: Se refiere a las conductas de obtención, elección, preparación e ingesta de los alimentos. (Wikipedia, 2006)

dadas al instrumento en cuanto a la realización de ciertas conductas.

Alimentación: serán las respuestas que dadas al instrumento en cuanto a la realización de ciertas conductas.

Conductas de Cuidado del Medio Ambiente: Conductas que suponen una implicación deliberada y tienen determinadas consecuencias efectivas sobre la protección del medio ambiente (Stern, 2000)

Medio ambiente: serán las respuestas que dadas al instrumento en cuanto a la realización de ciertas conductas.

---

Autoeficacia específica: Es la creencia en las capacidades propias para organizar y realizar acciones que son requeridas para producir un resultado determinado en relación con el cuidado de su salud. (Bandura, 1997).

---

Autoeficacia específica: son las respuestas dadas a preguntas en el instrumento.

### **Muestreo:**

No probabilístico intencional. Se trabajó con niños en comunidades rurales e indígenas del estado de Hidalgo que participan en el proyecto de Desarrollo Integral Comunitario que lleva a cabo IMIFAP junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Las comunidades que integran la muestra son comunidades de menos de 2500 habitantes, con un tiempo promedio de 2 horas entre la comunidad y la cabecera municipal. El idioma principal es el náhuatl, aunque son reportadas como bilingües (hablantes de náhuatl y español). Las escuelas control y dos de la muestra experimental pertenecían al Sistema de Primaria General, es decir, el idioma de enseñanza era español. El resto de las escuelas participantes pertenecían al Sistema de Primaria Indígena, donde el idioma principal es el náhuatl.



**Diseño:**

Quasi experimental con grupo control equivalente. Se hará una evaluación PRE y POST a cada uno de los grupos.

**Instrumentos:**

- Batería de pruebas para medio rural 3er grado español (IMIFAP, 2003).
- Batería de pruebas para medio rural 3er grado náhuatl (IMIFAP, 2003).

Instrumento que consta de 139 reactivos y está compuesto por 7 subescalas que miden conocimientos (sobre sexualidad, deportes, alimentación y medio ambiente), conductas, habilidades de comunicación, toma de decisiones, autoeficacia específica, equidad de género y deseabilidad social. El instrumento está basado en los contenidos del programa de “Habilidades para la vida y la Salud” para 3er grado.

Para este estudio solo se tomaron en cuenta las subescalas de conocimientos, conductas, autoeficacia específica y habilidades de comunicación y toma de decisiones.

- *Conocimientos:*

Consta de 15 reactivos de respuestas dicotómicas. Evalúa conocimientos sobre cuidado personal, alimentación y cuidado del medio ambiente.

- *Toma de decisiones:*

Consta del planteamiento de 4 situaciones hipotéticas (viñetas) con 4 opciones de respuesta.

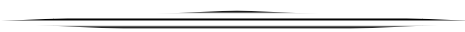
- *Comunicación:*

Consta de 10 situaciones hipotéticas (viñetas) con 4 opciones de respuesta.

- *Autoeficacia específica:*

Consta de 9 reactivos que evalúan qué tan capaz te sientes de realizar X conducta. Se contesta con tres opciones de respuesta 1=nada, 2= Poco y 3= Mucho.

- *Conductas:*



Consta de 3 reactivos que miden la frecuencia con la que se han realizado ciertas conductas en un tiempo específico. Las respuestas van de ninguna vez, una vez, dos veces, tres veces o más.

Para la traducción del instrumento a náhuatl se contó con el apoyo del un grupo de maestros de la región de la Huasteca Hidalguense quienes se dedican a la traducción de documentos al náhuatl para la SEP.

### **Procedimiento:**

La muestra de comunidades del grupo control y el grupo experimental se eligió de entre la muestra de evaluación que se utiliza en el proyecto Desarrollo Integral Comunitario, la cual incluye comunidades urbanas, rurales e indígenas de todo el estado de Hidalgo. Para elegir la submuestra, se delimitó la zona rural e indígena (Zonas Huasteca y Sierra) y se tomó en cuenta la lejanía con la cabecera municipal (entre dos y tres horas), las características poblacionales y sociodemográficas (menos de 2500 habitantes, ocupación principal la agricultura, etc.) y el sistema educativo (general o indígena) que tenían. Se seleccionaron aquellas comunidades que tuvieran características similares para que pudieran ser apareadas.

Se evaluó a los niños integrantes del grupo experimental y control al principio y al final del ciclo escolar 2003-2004 (3er grado).

Durante el tiempo de trabajo de los docentes con el programa, se realizaron 2 visitas de supervisión y retroalimentación a los maestros de las escuelas experimentales con relación al manejo del programa.

### **Análisis de los resultados.**

Para el análisis de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 8. Se realizó una distribución de frecuencias para identificar las características sociodemográficas de la muestra y las medias de las variables. Posteriormente, se realizaron dos tipos de análisis de comparación de muestras: primero, para comparar los grupos control contra los experimentales en diferentes momentos (pre y post), se utilizó la prueba *U de Mann-Whitney*. Para la identificación de diferencias dentro del mismo grupo (control y experimental), en diferentes

momentos (pre y post), se utilizó la prueba *T de Wilcoxon*. En los análisis se evaluaron los conocimientos, habilidades de comunicación y toma de decisiones, las conductas de cuidado personal, alimentación y medio ambiente y la autoeficacia específica.

## Resultados

Para facilitar la comprensión de los resultados, se presentarán por rubros y se expondrán primero las comparaciones entre grupo, después las intra grupo. En las comparaciones entre grupos, se empezarán con los resultados obtenidos en la aplicación PRE seguidos por los obtenidos en la aplicación POST.

Comparaciones entre grupo.

Evaluación PRE

### *Conocimientos*

Como parte de los objetivos del programa se encuentra la adquisición de conocimientos sobre alimentación, cuidado personal (que en este ciclo escolar se basa en la realización de deportes) y cuidado del medio ambiente.

En la evaluación PRE (a inicios del ciclo escolar) se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental en alimentación ( $z = -3.099$ ,  $p = .002$ ) y cuidado del medio ambiente ( $z = -2.285$ ,  $p = .022$ ) mostrando que los grupos control tenían los puntajes más altos (ver Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias significativas entre grupos en las subescalas de conocimientos. Aplicación PRE. Puntajes arrojados por la prueba U de Mann-Whitney.

Subescala	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Alimentación	2.00	1.79	-3.099	.002*
Medio ambiente	2.61	2.46	-2.285	.022*
Cuidado personal (deportes)	2.86	2.96	-.929	.353

\* $p < .05$ .

### Conductas Saludables

En estas conductas tenemos las siguientes: *practicar deporte (cuidado personal)*, *comer verduras (alimentación)* y *hablar con algún adulto sobre sus sentimientos (comunicación)*. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la realización de algún deporte ( $z = -4.26$ ,  $p = .000$ ) y hablar con algún adulto sobre sentimientos ( $z = -2.214$ ,  $p = .027$ ), teniendo el grupo control puntajes más altos (ver Tabla 4).

Tabla 4

Diferencias significativas entre grupos en las conductas saludables. Aplicación PRE. Puntajes arrojados por la prueba U de Mann-Whitney.

Conductas	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Comer verduras	2.21	2.21	-.107	.915
Practicar deporte	2.71	2.36	-4.26	.000*
Hablar con adultos sobre los sentimientos	2.72	2.64	-2.214	.027*

\* $p < .05$ .

No se encontraron diferencias significativas en las habilidades de comunicación, toma de decisiones y autoeficacia específica.

Comparaciones entre grupo.

Evaluación POST

### Conocimientos.

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental en conocimientos sobre cuidado personal (deportes) ( $z = -3.307$ ,  $p = .001$ ) y medio

ambiente ( $z = -2.959$ ,  $p = .003$ ), siendo el grupo experimental quien tuvo puntajes más altos en estas áreas (ver cuadro 5).

Tabla 5

Diferencias significativas entre grupos en las subescalas de conocimientos. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba U de Mann-Whitney.

Conocimientos	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Alimentación	1.95	2.05	-1.744	.081
Medio ambiente	2.337	2.54	-2.959	.003*
Cuidado personal (deportes)	2.73	2.97	-3.307	.001*

\* $p < .05$ .

#### *Conductas Saludables.*

Se encontraron diferencias significativas en las tres conductas, practicar deporte ( $z = -2.935$ ,  $p = .003$ ), comer verduras ( $z = -2.910$ ,  $p = .004$ ) y hablar con adultos sobre sentimientos ( $z = -2.044$ ,  $p = .041$ ). En las primeras dos conductas fue el grupo experimental quien obtuvo los puntajes más altos (ver Tabla 5).

#### *Autoeficacia específica.*

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $z = -2.992$ ,  $p = .003$ ), siendo el grupo control quien obtuvo los puntajes más altos (ver Tabla 5).

No se encontraron diferencias significativas en las habilidades de comunicación ni toma de decisiones.

Tabla 5

Diferencias significativas entre grupos en las conductas saludables y autoeficacia específica. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba U de Mann-Whitney.

Conductas	$X_1$	$X_2$	$z$	$P$
	Control	Experimental		
Comer verduras	2.347	2.512	-2.044	.041*
Practicar deporte	2.61	2.86	-2.935	.003*
Hablar con adultos sobre los sentimientos.	2.79	2.67	-2.910	.004*

Autoeficacia específica	1.99	1.91	-2.992	.003*
-------------------------	------	------	--------	-------

\* $p < .05$ .

## Comparaciones Intra grupo. Conocimientos

### Grupo Control

Se encontraron diferencias significativas en los conocimientos sobre medio ambiente ( $z = -4.607$ ,  $p = .000$ ) siendo los puntajes más altos en la aplicación PRE ( $X_1 = 2.61$ ,  $X_2 = 2.33$ ).

### Grupo Experimental

Únicamente en los conocimientos sobre alimentación se encontraron diferencias significativas ( $z = -3.527$ ,  $p = .000$ ), siendo la media más alta en el momento POST ( $X_1 = 1.79$ ,  $X_2 = 2.05$ ) (ver Tabla 6).

Tabla 6

Diferencias significativas intra grupo en la subescala de conocimientos y autoeficacia específica. Puntajes arrojados por la prueba  $T$  de Wilcoxon.

Grupo	Conocimientos	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
		PRE	POST		
Control	Alimentación	2.00	1.95	-.795	.427
	Cuidado del medio ambiente	2.61	2.33	-4.607	.000*
	Cuidado personal (deportes)	2.86	2.73	-1.911	.056
Experimental	Alimentación	1.79	2.05	-3.527	.000*
	Cuidado del medio ambiente	2.46	2.54	-1.017	.309
	Cuidado personal (deportes)	2.96	2.97	-.083	.934

\* $p < .05$ .

Comparaciones Intra grupo.

Conductas Saludables

### *Grupo control*

Solo la conducta de comer verduras (alimentación) obtuvo diferencias significativas ( $z = -2.591, p = .010$ ).

### *Grupo Experimental*

Se encontraron diferencias significativas en las conductas de practicar deporte (cuidado personal) ( $z = -4.388, p = .000$ ) y comer verduras (alimentación) ( $z = -2.996, p = .003$ ), obteniendo en ambos casos puntajes más altos en la evaluación POST (ver Tabla 7).

Tabla 7

Diferencias significativas intra grupo en las conductas saludables. Puntajes arrojados por la prueba *T* de Wilcoxon.

Grupo	Conductas	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
		PRE	POST		
Control	Practicar deporte	2.71	2.61	-1.885	.059
	Comer verduras	2.21	2.34	-2.591	.010*
	Hablar con adultos	2.72	2.79	-1.936	.053
Experimental	Practicar deporte	2.35	2.86	-4.388	.000*
	Comer verduras	2.21	2.51	-2.996	.003*
	Hablar con adultos	2.64	2.67	-.081	.935

\* $p < .05$ .

## **Discusión.**

## Conocimientos

En los conocimientos sobre salud, en particular, los que tienen que ver con la alimentación, el cuidado personal (en este año, la realización de deportes) y el cuidado del medio ambiente, encontramos que en la evaluación para establecer la línea base, los grupos control tenían mayores conocimientos en las áreas de alimentación y cuidado del medio ambiente. Esto implica que los grupos control y los grupos experimentales estuvieron dispares en el inicio de la evaluación, lo que es necesario tomar en cuenta al momento de hacer conclusiones sobre el impacto del programa en el desarrollo de estos conocimientos y conductas en particular.

Por otro lado, después de la aplicación del programa de “Habilidades para la vida y la salud” de tercer grado, el grupo experimental obtuvo mayores conocimientos en cuidado personal (deportes) y cuidado del medio ambiente que el control, aunque en relación con sus propios puntajes en la evaluación al inicio del programa, este incremento no fue significativo. En cambio, en relación con los conocimientos sobre alimentación, el grupo experimental obtuvo puntajes más altos que antes de la intervención aunque no se diferenciaron de los obtenidos por el grupo control. Esto podría hablarnos de la efectividad que tuvo el programa para este grupo de conocimientos en particular, que son muchos más específicos y claros de relacionar con la vida cotidiana del niño/a. Por otro lado, la información sobre la importancia de llevar una alimentación adecuada (sobre todo en relación con la ingesta de frutas y verduras) tiene difusión más allá del programa, por medio de publicidad en los centros de salud, en los contenidos del programa escolar y como políticas al interior de la escuela lo que favorece la interiorización de este tema.

## Conductas

En cuanto a la realización de conductas saludables, los grupos experimentales y los grupos control obtuvieron puntajes diferentes antes de la intervención en las conductas de comunicación y cuidado personal (hacer deporte). Una vez más, los grupos control las realizaban con más frecuencia que los grupos experimentales. Después de la aplicación del programa, el grupo experimental mostró un incremento en las conductas de cuidado personal, es decir, realizar algún deporte y en la conducta de alimentación que el grupo control y que sí mismo en la evaluación antes del programa. Esto podría deberse a que las actividades que se llevan a cabo



para estas dos conductas son claras, específicas y participa todo el grupo en ellas. Además, durante todo el año se fomenta, dentro de las actividades escolares, la realización de deportes (torneos interescolares, etc.) y, la conducta de alimentación es reforzada por las pláticas que se llevan a cabo en las clínicas de salud (ya sea a través del programa Oportunidades, del gobierno federal, o de los talleres de salud comunitaria que imparten las enfermeras capacitadas por IMIFAP en otro segmento del proyecto “Desarrollo Integral Comunitario) con las mamás de los niños que participan en el programa lo que nos hablaría de que ésta última es una conducta que depende no solo del niño sino de su medio inmediato para realizarla. En estos resultados destacan dos aspectos: 1) la continua realización de deportes (conducta de cuidado personal) durante el año escolar permitió una exposición continua de los niños a esta conducta y fue reforzada y retroalimentada, lo que facilitó su desarrollo y adquisición y que cumple con la importancia de proveer de espacios y formas para la vivencialidad de las conductas, tal como lo mencionan Springer y cols. (2004) en su revisión sobre los programas de promoción de la salud. 2) La influencia del medio ambiente inmediato del niño/a para la realización de las conductas, ya que este las refuerza o no a través de sus prácticas, actitudes o normas sociales (Berry, et al, 1992) .

Por otro lado, no hubo cambios significativos en la realización de ninguna de las otras conductas en el grupo experimental (cuidado del medio ambiente, comunicación y toma de decisiones). Esto podría deberse, a que son conductas y/o habilidades que forman parte de un proceso largo de adquisición y mejora y que requieren de más práctica y refuerzo por parte de los profesores, no solo de manera explícita (con refuerzo verbal, etc.) sino de manera implícita (mediante modelamiento) (Bandura, 1998). Esperaríamos que en la evaluación de estas conductas en el siguiente año se observaran cambios significativos al respecto.

#### Autoeficacia específica

En relación con esta escala, los grupos control, de nueva cuenta, muestran puntajes más altos que los experimentales en la evaluación inicial, aunque en la evaluación posterior a la intervención, no hay ninguna diferencia ni consigo mismo ni en relación con el experimental. Esto puede deberse a varias razones. Una de ellas es que la autoeficacia requiere de un historial de sucesos exitosos y de experiencias

---

que permitan el desarrollo de ésta mediante la observación, la práctica y el reforzamiento lo cual implica un proceso más largo que un año escolar (Bandura, 1998). En este punto es necesario tomar en cuenta que este era el primer año de trabajar con el programa para los docentes (aunque habían participado en el año del piloteo) quienes tuvieron que acomodarlo a sus otros proyectos escolares, lo que le quita prioridad al programa y a su aplicación y reduce el tiempo de exposición de los niños con los contenidos y la metodología del programa (que es participativa e implica modelamiento) (Denman, 1999; Springer, et al, 2004).

Otra razón que pudo haber influido en no encontrar diferencias en esta investigación es el instrumento utilizado. La escala, que está integrada al instrumento original, está enfocada a la autoeficacia en la comunicación más que autoeficacia para cada una de las conductas que se desarrollan en el programa. Lo que no permite diferenciar en autoeficacias para la realización de conductas específicas. Debido a ello, en la siguiente fase del estudio se redactaron nuevos reactivos para poder analizar cada autoeficacia por separado.

Este primer año de aplicación del programa de Habilidades para la vida y la salud, muestra un panorama optimista en relación con la adquisición de conductas saludables (alimentación y cuidado personal) y los conocimientos. No así en el desarrollo de habilidades de comunicación y toma de decisiones, las cuales, como se dijo antes, requieren de un proceso más largo para su adquisición y mejora. Sin embargo, se esperaba que a lo largo del siguiente año se incrementaran las posibilidades de poner en práctica tanto las conductas y habilidades meta del programa y que éstas contribuyeran a formar experiencias exitosas para el desarrollo de la autoeficacia específica y la general. Sobre todo, porque el desarrollo de estas conductas y habilidades no solo las llevan a cabo los niños en individual, sino en grupo y con modelos que ya contarían con mayor experiencia en el manejo del programa.

## || Fase 2. Seguimiento y desarrollo de la Autoeficacia General

### **Objetivo:**

- Evaluar la efectividad del programa de “Habilidades para la vida y la salud” en su segundo año de aplicación.
- Conocer la relación que existe entre la autoeficacia general antes y después de la la aplicación del programa “Habilidades para la vida y la salud”.
- Conocer la relación que existe entre la autoeficacia específica y las conductas saludables.
- Conocer la relación que existe entre el desarrollo de conductas saludables y el nivel de autoeficacia general.
- Conocer la relación que existe entre la autoeficacia específica y el nivel de autoeficacia general.

### **Preguntas de investigación:**

1. ¿Cómo es la influencia del programa “Habilidades para la vida y la salud” en el desarrollo de conductas saludables y autoeficacia específica, en el segundo año de aplicación?
  2. ¿Existe relación entre la aplicación del programa “Habilidades para la vida y la salud y el nivel de autoeficacia general? ¿Cómo es esta relación?
  3. ¿Existe relación entre el nivel de autoeficacia específica y el desarrollo de conductas saludables? ¿Cómo es esta relación?
  4. ¿Existe relación entre el desarrollo de conductas saludables y el nivel de autoeficacia general? ¿Cómo es esta relación?
  5. ¿Existe relación entre el nivel de autoeficacia específica y el nivel de autoeficacia general? ¿Cómo es esta relación?
-

## **Hipótesis:**

1. La aplicación del programa de “Habilidades para la vida y la salud influirá en el desarrollo de conductas saludables y el nivel de autoeficacia específica.
2. La aplicación del programa “Habilidades para la vida y la salud” influirá en el nivel de autoeficacia general.
3. La autoeficacia específica y las conductas saludables después del programa (post) influirán en el nivel de autoeficacia general.
4. El nivel de autoeficacia específica antes del programa (pre) influirá en el desarrollo de conductas saludables.
6. Las conductas saludables, a su vez, influirán en el nivel de autoeficacia específica después de la participación en el programa.

## **Participantes**

- 1020 niños estudiantes de primaria que vivan en comunidades rurales e indígenas del Estado de Hidalgo que participaron en el primer año de aplicación del programa.
- 322 para el grupo experimental
- 698 para el grupo control

## **Variables**

### *Variables Independientes\**

Programa de “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2003).  
(*Conductas de cuidado personal, alimentación y cuidado del medio ambiente. Autoeficacia específica*).

\*Se definieron en la fase anterior

### *Variable Dependiente*

---

Tabla 8

Definición conceptual y operacional de la variable dependiente

Definición Conceptual.	Definición Operacional.
Autoeficacia general: Es la creencia en la propia competencia, en general, para organizar y realizar acciones que son requeridas a través de diferentes circunstancias (Bandura, 1997; Judge, Erez y Bono, 1998).	Autoeficacia General: Serán las respuestas dadas a un instrumento que mida el nivel de autoeficacia general.

**Muestreo:**

No probabilístico intencional. Se consideró a los mismos niños que participaron en el programa en el ciclo escolar anterior. En este ciclo (2004-2005) se encuentran en 4º grado de primaria.

**Diseño:**

Quasi experimental con grupo control equivalente. Se buscará que el grupo control tenga las mismas características que los experimentales: estatus socioeconómico, edad, grado que cursan, características ambientales, lengua, etc.

**Instrumentos:**

- Batería de pruebas para medio rural 4to grado español (IMIFAP, 2004).
- Batería de pruebas para medio rural 4to grado náhuatl (IMIFAP, 2004).

Instrumento que consta de 107 reactivos y está compuesto por 9 subescalas que miden conocimientos (sobre sexualidad, postura corporal, alimentación y medio ambiente), conductas, habilidades de comunicación, toma de decisiones, responsabilidad, autoestima, autoeficacia específica, equidad de género y deseabilidad social. El instrumento está basado en los contenidos del programa de “Habilidades para la vida y la Salud” para 4º grado.

Para este estudio solo se tomaron en cuenta las subescalas de conocimientos, conductas, autoeficacia específica y habilidades de comunicación y toma de decisiones.

- *Conocimientos:*

Consta de 18 reactivos de respuestas dicotómicas. Evalúa conocimientos sobre cuidado personal, alimentación y cuidado del medio ambiente.

- *Toma de decisiones:*

Consta de 3 viñetas (situaciones hipotéticas) con 4 opciones de respuesta.

- *Comunicación:*

Consta de 6 viñetas (situaciones hipotéticas) con 4 opciones de respuesta.

- *Conductas:*

Consta de 6 reactivos que miden la frecuencia con la que se han realizado ciertas conductas en un tiempo específico. Las respuestas van de ninguna vez, una vez, dos veces, tres veces o más.

- *Autoeficacia específica (reactivos añadidos al original):*

- Autoeficacia en comunicación: 5 reactivos que hacen referencia a la percepción de capacidad para expresar sentimientos, opiniones y pedir ayuda a adultos o pares. Cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde 1) nada capaz, hasta 5) muy capaz.  $\alpha = .75$
- Autoeficacia en toma de decisiones: 5 reactivos que hacen referencia a la percepción de capacidad para tomar decisiones en un futuro inmediato (ej. ¿qué tan capaz te sientes de decidir hacer la tarea cuando son vacaciones?) . Cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde 1) nada capaz, hasta 5) muy capaz.  $\alpha = .73$
- Autoeficacia en alimentación: 4 reactivos que hacen referencia a la percepción de capacidad para llevar a cabo conductas de alimentación sana (ej. ¿qué tan capaz te sientes para comer más verduras en la semana?) . Cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde 1) nada capaz, hasta 5) muy capaz.  $\alpha = .69$
- Autoeficacia en cuidado personal: 4 reactivos que hacen referencia a la percepción de capacidad para llevar a cabo conductas cuidado personal (ej. ¿qué tan capaz te sientes para hacer más deporte en la

semana?) . Cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde 1) nada capaz, hasta 5) muy capaz.  $\alpha = .65$

- Autoeficacia en cuidado del medio ambiente: 3 reactivos que hacen referencia a la percepción de capacidad para llevar a cabo conductas de cuidado del medio ambiente (ej. ¿qué tal capaz te sientes para recoger la basura de tu comunidad?) . Cuentan con 5 opciones de respuesta que van desde 1) nada capaz, hasta 5) muy capaz.  $\alpha = .63$

Para la traducción del instrumento a náhuatl se contó con el apoyo del un grupo de maestros de la región de la Huasteca Hidalguense quienes se dedican a la traducción de documentos al náhuatl para la SEP.

- Cuestionario de Autoeficacia General para niños (Anaya y Pick, en prensa).

Consta de 29 reactivos que evalúan la percepción en la capacidad propia para afrontar situaciones estresantes en general. Están redactados de la siguiente forma: ¿qué tan bueno crees que eres para...? Se contestan en una escala lickert que va de 1 a 5, siendo 1= nada bueno y 5= muy bueno (Ver Anexo 1).

### **Procedimiento:**

Se realizó la evaluación a los niños integrantes del grupo experimental y control al principio y al final del año escolar. Se capacitó en un taller de actualización de 20 horas (3 días) a los docentes que participaron en el proyecto en el ciclo escolar anterior (ver capítulo VII).

Se entregaron materiales de trabajo (libro y guía del maestro para cada maestro y libros para los niños).

Durante el tiempo de trabajo de los maestros con el programa, se realizaron 2 visitas de seguimiento y retroalimentación a los maestros con relación al manejo del programa.

### **Análisis de los resultados.**



Para el análisis de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS ver. 8. Para evaluar el impacto del programa en su segundo año de aplicación (hipótesis 1 y 2), se realizaron dos tipos de análisis de comparación de muestras: por un lado, para comparar los grupos control contra los experimentales, en diferentes momentos (pre y post) se utilizó la prueba *U de Mann-Whitney*, excepto en los puntajes de autoeficacia específica donde se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes. Para la identificación de diferencias dentro del mismo grupo (control o experimental), pero en diferente momento (pre y post) se utilizó la prueba *T de Wilcoxon*, excepto en los puntajes de autoeficacia específicas donde se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes y un análisis de varianza de una vía para muestras relacionadas. En los análisis, se evaluaron los conocimientos, habilidades de comunicación y toma de decisiones, las conductas de cuidado personal, alimentación y medio ambiente y la autoeficacia específica. Para probar las hipótesis 3, 4 y 5 (de predicción de autoeficacia general) se realizaron diversos análisis de regresión lineal tipo Enter. Se presenta primero los resultados de la evaluación del programa y su discusión. Al final se presenta los resultados de las regresiones y su discusión.

## **Resultados.**

### **Evaluación del programa**

Comparaciones entre grupo.

Evaluación PRE

#### *Conocimientos*

En este año escolar (4º) los conocimientos sobre alimentación se refieren a evitar la comida chatarra; los de cuidado personal se refieren al uso de una Postura corporal adecuada y los conocimientos de cuidado del medio ambiente a la reutilización de la basura.



Se encontraron diferencias significativas en los conocimientos en cuidado personal (postura) ( $z = -2.489$ ,  $p = .013$ ), alimentación ( $z = -2.453$ ,  $p = .014$ ) y medio ambiente ( $z = -4.247$ ,  $p = .000$ ) mostrando que el grupo experimental obtuvo mayores puntajes (ver Tabla 9).

Tabla 9

Diferencias significativas entre grupos en las subescalas de conocimientos. Puntajes arrojados por la prueba *U de Mann-Whitney*.

Conocimientos	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Alimentación	2.01	2.18	-2.453	.014*
Medio ambiente	1.82	2.24	-4.247	.000*
Cuidado personal (Postura)	3.73	3.96	-2.489	.013*

\*  $p < .05$

#### *Conductas Saludables.*

Dentro de las conductas tenemos las siguientes:

- Alimentación: Comer papas fritas, comer chocolates y tomar refresco
- Cuidado del medio ambiente: la reutilización de basura
- Comunicación: hablar con adultos sobre sentimientos.

Se encontraron diferencias significativas en hablar con algún adulto sobre sentimientos ( $z = -2.72$ ,  $p = .006$ ), en comer chocolates ( $z = -2.745$ ,  $p = .006$ ) y en la reutilización de basura ( $z = -2.028$ ,  $p = .043$ ), teniendo el grupo experimental los puntajes más altos (ver cuadro 8.4).

Tabla 10

Diferencias significativas entre grupos en las conductas saludables. Aplicación PRE. Puntajes arrojados por la prueba *U de Mann-Whitney*.

Conductas	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Comer papas fritas	2.39	2.55	-1.878	.060
Comer chocolates	3.26	3.64	-2.745	.006*

Tomar refresco	3.36	3.26	-.848	.397
Reutilización de la basura	1.65	1.77	-2.028	.043*
Hablar con adultos sobre los sentimientos	1.44	1.59	-2.72	.006*

\* $p < .05$

### *Autoeficacia específica.*

Dentro de la autoeficacia específica encontramos a la autoeficacia para la alimentación, autoeficacia para el cuidado personal, autoeficacia para el medio ambiente, autoeficacia para la comunicación y autoeficacia para la toma de decisiones.

En relación con los puntajes de las diferentes autoeficacias en el momento PRE no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el experimental.

Tabla 11

Diferencias significativas entre grupos en autoeficacia. Aplicación PRE. Puntajes arrojados por la prueba *t* de Student

Autoeficacia	$X_1$	$X_2$	<i>t</i>	<i>p</i>
	Control	Experimental		
Alimentación	3.39	3.52	.864	.389
Cuidado personal	3.84	3.7	-.990	.324
Medio ambiente	3.78	3.73	-.285	.776
Comunicación	2.68	2.69	.037	.970
Toma de decisiones	3.42	3.55	.858	.392
Autoeficacia General	3.22	3.19	.314	.754

No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de autoeficacia general, ni en habilidades de toma de decisiones ni comunicación.

Comparaciones entre grupo.

Evaluación POST

### *Conocimientos.*

Se encontraron diferencias significativas solo en los conocimientos sobre cuidado personal (postura) ( $z = -2.233$ ,  $p = .026$ ) siendo el grupo experimental quien tuvo puntajes más altos (ver Tabla 12).

Tabla 12

Diferencias significativas entre grupos en las subescalas de conocimientos. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba  $U$  de Mann-Whitney

Conocimientos	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Alimentación	2.17	2.22	-.420	.675
Medio ambiente	1.95	2.00	-.480	.631
Cuidado personal (Postura)	3.66	3.9	-2.233	.026*

\* $p < .05$

### *Conductas Saludables.*

Se encontraron diferencias significativas en comer papas fritas ( $z = -3.187$ ,  $p = .001$ ), comer chocolates ( $z = -2.349$ ,  $p = .019$ ) y hablar con adultos sobre sentimientos ( $z = -2.736$ ,  $p = .006$ ). en todas el grupo experimental obtuvo las puntuaciones más altas (ver Tabla 13).

Tabla 13

Diferencias significativas entre grupos en las conductas saludables. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba  $U$  de Mann-Whitney

Conductas	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
	Control	Experimental		
Comer papas fritas	1.85	2.32	-3.187	.001**
Comer chocolates	2.52	2.90	-2.344	.019*
Tomar refresco	3.48	3.58	-.753	.452
Reutilización de la basura	1.69	1.66	-.401	.689
Hablar con adultos sobre los sentimientos	1.44	1.59	-2.736	.006*

\* $p < .05$

\*\* $p < .001$

### Autoeficacia

No se encontraron diferencias significativas entre los puntajes del grupo experimental ni el control para ninguna de las autoeficacias específicas ni para la autoeficacia general (ver Tabla 14).

Tabla 14

Diferencias significativas entre grupos en autoeficacia. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba  $t$  de Student.

Autoeficacia específica	$X_1$	$X_2$	$t$	$p$
	Control	Experimental		
Alimentación	3.73	3.82	.653	.515
Cuidado personal	3.96	3.96	-.008	.994
Medio ambiente	3.68	3.75	.470	.639
Comunicación	2.97	3.17	1.453	.148
Toma de decisiones	3.64	3.73	.757	.450
Autoeficacia General	3.41	3.52	1.115	.267

No se encontraron diferencias significativas en las habilidades de comunicación ni toma de decisiones.

### Comparaciones entre grupos

## Análisis de covarianza

Para realizar un análisis adecuado de las comparaciones entre grupos a lo largo de las aplicaciones (tercero y cuarto grado; PRE y POST de cada grado) es importante que los grupos estuvieran apareados desde el inicio. Como se ha visto en los resultados obtenidos en la fase anterior, algunas puntuaciones iniciales muestran diferencias significativas, por lo que, para fines de una evaluación real, se realizó un análisis de covarianza en donde los puntajes iniciales (PRE tercero) se mantuvieron como la covariable. Las comparaciones se hicieron, entonces, entre los puntajes POST de tercero y POST de cuarto.

Las variables que estuvieron sujetas a este procedimiento son: conocimientos de alimentación, conocimientos de medio ambiente, conducta de cuidado del medio ambiente, conducta de cuidado personal y habilidades de comunicación.

Se encontraron diferencias significativas en los conocimientos sobre alimentación ( $F(14, 586) = 7.381, p = .007$ ), medio ambiente ( $F(23,704) = 11.702, p = .001$ ), conducta de cuidado del medio ambiente ( $F(22,600) = 5.855, p = .05$ ) y conducta de cuidado personal ( $F(1, 833) = 8.054, p = .005$ ). En las habilidades de comunicación no se encontraron diferencias. En casi todas las comparaciones el grupo experimental tiene puntajes más altos que el grupo control, a excepción de la conducta de medio ambiente en donde el grupo control obtuvo puntajes mayores que el experimental (grupo control  $X = 1.69$ ; grupo experimental  $X = 1.66$ ).

## Comparaciones Intra grupo.

### Conocimientos

#### *Grupo Control*

Se encontraron diferencias significativas en los conocimientos sobre alimentación ( $z = -2.589, p = .016$ ) y medio ambiente ( $z = -2.286, p = .026$ ), siendo los puntajes más altos en la evaluación POST.

#### *Grupo experimental*

Únicamente se encontraron diferencias significativas en los conocimientos sobre medio ambiente ( $z = -2.541$ ,  $p = .011$ ), observándose la media más alta en la evaluación PRE (ver Tabla 15).

Tabla 15

Diferencias significativas intra grupo en la subescala de conocimientos. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba  $T$  de Wilcoxon

Grupo	Conocimientos	$X_1$ PRE	$X_2$ POST	$z$	$p$
Control	Alimentación	2.01	2.17	-2.589	.010*
	Medio ambiente	1.82	1.95	-2.286	.022*
	Cuidado personal (postura)	3.73	3.66	-.345	.730
Experimental	Alimentación	2.18	2.22	-.294	.769
	Medio ambiente	2.24	2.00	-2.541	.011*
	Cuidado personal (postura)	3.96	3.90	-.086	.932

\* $p < .05$

### Comparaciones Intra grupo.

#### Conductas Saludables

##### *Grupo control.*

Se encontraron diferencias significativas en las conductas de alimentación: comer papas fritas ( $z = -4.144$ ,  $p = .000$ ) y comer chocolates ( $z = -5.541$ ,  $p = .000$ ), siendo los puntajes más altos en el momento POST.

##### *Grupo experimental*

En este grupo se observaron diferencias significativas en las conductas de alimentación: en comer chocolates ( $z = -3.895$ ,  $p = .000$ ) con puntajes mayores en la

aplicación PRE, y en tomar refresco ( $z = -2.158, p = .031$ ) con puntajes mayores en la aplicación POST (ver Tabla 16).

Tabla 16

Diferencias significativas intra grupo en las conductas saludables. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba  $T$  de Wilcoxon

Grupo	Conductas	$X_1$ PRE	$X_2$ POST	$z$	$p$
Control	Comer chocolates	3.26	2.52	-5.541	.000*
	Comer papas fritas	2.39	1.85	-4.14	.000*
	Tomar refresco	3.36	3.48	-1.062	.288
	Reutilización de la basura	1.65	1.69	-.563	.573
	Hablar con adultos	1.44	1.44	-.659	.510
Experimental	Comer chocolates	3.64	2.90	-3.895	.000*
	Comer verduras	2.55	2.32	-1.591	.112
	Tomar refresco	3.26	3.58	-2.158	.031*
	Reutilización de la basura	1.77	1.66	-1.309	.191
	Hablar con adultos	1.59	1.59	-.740	.459

\* $p < .05$

### Comparaciones Intra grupo.

#### Habilidades de comunicación y toma de decisiones

##### *Grupo control*

Únicamente se encontraron diferencias significativas en las habilidades de comunicación ( $z = -4.628, p = .000$ ), obteniendo puntajes más altos en la evaluación POST

##### *Grupo experimental*

Se encontraron diferencias significativas en las habilidades de comunicación ( $z = -2.570, p = .010$ ) y en las habilidades de toma de decisiones ( $z = -2.142, p = .032$ ), siendo los puntajes más altos de las primeras en la evaluación POST y de las últimas en la evaluación PRE (ver Tabla 17).

Tabla 17

Diferencias significativas intra grupo en las habilidades. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba  $T$  de Wilcoxon

Grupo	Habilidades	$X_1$	$X_2$	$z$	$p$
		PRE	POST		
Control	Comunicación	2.65	2.76	-4.628	.000*
	Toma de decisiones	2.27	2.26	-.224	.823
Experimental	Comunicación	2.66	2.76	-2.570	.010*
	Toma de decisiones	2.36	2.27	-2.142	.032*

\* $p < .05$

Comparaciones Intra grupo.

Autoeficacia específica.

#### *Grupo Control*

Se obtuvieron diferencias significativas en la autoeficacia para la alimentación ( $F(1, 685) = 5.479, p = .020$ ) y la comunicación ( $F(1, 685) = 10.322, p = .002$ ). No se encontraron diferencias significativas en el resto de las autoeficacias.

#### *Grupo Experimental*

Se encontraron diferencias significativas en la autoeficacia para el cuidado personal ( $F(1, 315) = 4.400, p = .037$ ) y la comunicación ( $F(1, 315) = 3.887, p = .050$ ), obteniendo puntajes más altos en la evaluación POST. En las demás autoeficacias no se encontraron diferencias significativas (ver Tabla 18).



Tabla 18

Diferencias significativas intra grupo en Autoeficacia. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba *ANOVA* de una vía.

Grupo	Autoeficacia	$X_1$	$X_2$	<i>F</i>	<i>p</i>
		PRE	POST		
CONTROL	Alimentación	3.39	3.73	5.479	.020*
	Cuidado personal	3.84	3.96	.996	.320
	Cuidado del Medio ambiente	3.78	3.68	.389	.534
	Comunicación	2.68	2.97	10.322	.002*
	Toma de decisiones	3.42	3.64	2.616	.108
EXPERIMENTAL	Alimentación	3.52	3.82	3.673	.057
	Cuidado personal	3.7	3.96	4.400	.037*
	Cuidado del Medio ambiente	3.73	3.75	.013	.908
	Comunicación	2.69	3.17	3.887	.050*
	Toma de decisiones	3.55	3.73	2.122	.147

\**p* < .05

### Comparaciones Intra grupo.

#### Autoeficacia general.

##### *Grupo Control*

No hubo diferencias significativas en los puntajes de autoeficacia general.

##### *Grupo Experimental*

El puntaje de la prueba *t* de Student muestra diferencias significativas en los puntajes de autoeficacia general en la aplicación PRE y la aplicación POST (ver Tabla 19).

Tabla 19

Diferencias significativas intra grupo en Autoeficacia. Aplicación POST. Puntajes arrojados por la prueba *t* de Student

Autoeficacia General	$X_1$ PRE	$X_2$ POST	<i>t</i>	<i>p</i>
Control	3.22	3.41	-1.628	.055
Experimental	3.19	3.52	3.447	.001*

\**p* < .05

### Discusión.

Dado que en esta etapa del proyecto el grupo experimental llevaba un año de aplicación del programa, se esperaba, que las diferencias encontradas el primer año entre el grupo experimental y el control se incrementaran, alcanzando a otras conductas y conocimientos que no tuvieron diferencias el año anterior.

En este sentido, se encontró en las comparaciones entre grupos en la evaluación PRE, que el grupo experimental obtuvo diferencias significativas en cuanto a conocimientos sobre alimentación, cuidado del medio ambiente y cuidado personal, así como en las conductas de comunicación, reutilización de basura y en comer chocolates. No hubo diferencias en la autoeficacia específica ni en la general. Para las medidas de autoeficacia, tanto específica como general, se esperaba que no hubiera diferencias, ya que, como se recordará, el instrumento de autoeficacia específica se sustituyó, así que ambas autoeficacias (específica y general) fueron medidas por primera vez.

En la evaluación POST, el grupo experimental continuó manteniendo su superioridad en los conocimientos sobre cuidado personal y en las conductas de comunicación, comer papas fritas y comer chocolates. En relación con las tres primeras, el incremento es favorable a los objetivos del programa, no así el incremento de las dos últimas conductas. No hubo diferencias en las medidas de autoeficacia específica y autoeficacia general.

Estos resultados nos indican que, aunque los grupos experimentales inician teniendo una ventaja significativa con los grupos control, en cuanto a los conocimientos y las conductas que se refieren a comunicación y cuidado del medio ambiente, solo mantienen la ventaja en los conocimientos en cuidado personal y las conductas de comunicación. Tomando en cuenta lo escrito en el Anexo II sobre la diversidad de proyectos educativos que existen en las primarias rurales, además del oficial, los resultados obtenidos podrían deberse a la influencia de estos proyectos en los conocimientos de los grupos control, así como a los propios contenidos del currículum escolar de cuarto grado que pudieron abarcar de manera extensa temas sobre cuidado del medio ambiente y alimentación (SEDESOL, 2008). Esto parece corroborarse con los resultados intra grupo, en donde el grupo control obtiene puntajes más altos en esas áreas en la evaluación POST.

En cuanto a los puntajes en la autoeficacia general y autoeficacias específicas, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental en ninguno de los dos momentos de evaluación (PRE y POST). Sin embargo, aunque ambos grupos incrementaron su nivel de autoeficacia, solo en el caso del experimental este incremento fue significativo. Esto podría deberse a varias cuestiones: a) la autoeficacia es una capacidad que se adquiere mediante un proceso que implica su constante ejercicio, observación y retroalimentación, lo que ocurre en un periodo amplio de tiempo, es decir, que en el rango de un año podrían no observarse incrementos sustanciales en los niveles de autoeficacia; b) el aumento en los niveles de autoeficacia que se observa en ambos grupos (control y experimental) podría corresponder al desarrollo biológico y social que los niños experimental a lo largo de un año escolar (ej. desarrollo de capacidades físicas, cognoscitivas, etc.) sin que tenga, necesariamente, que ver con el programa de Habilidades para la vida (Papalia y Olds, 1997). Sin embargo, al ser las diferencias significativas en el caso de los grupos experimentales, podríamos inferir que las diferencias se deben al programa y su modalidad de trabajo que permiten el desarrollo de la autoeficacia general y algunas autoeficacias específicas (cuidado personal y comunicación).

Por otro lado, las autoeficacias específicas de cuidado personal y de comunicación fueron las que mostraron diferencias significativas para el grupo experimental antes

---

y después de la aplicación del programa. El incremento en estas autoeficacias específicas, podría deberse, por un lado, a que están relacionadas con conductas que dependen propiamente del niño más que las otras en este momento de sus vidas (cuidado del medio ambiente, alimentación y toma de decisiones). Por ejemplo, el qué tan capaz me creo para comer frutas y verduras todos los días involucra no solo mi decisión para hacerlo sino la disponibilidad de éstas en la familia, la decisión de quien cocina, etc. Sin embargo, qué tan capaz me considero de practicar deporte o pedir ayuda para resolver algún problema tiene que ver más con mi propia acción y mi evaluación de los recursos con los que cuento (Bandura, 1998; Leganger y Kraft, 2003; Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wild, 2004).

El incremento en la autoeficacia en el cuidado personal es relevante cuando la conducta de cuidado personal muestra un incremento significativo después de la aplicación del programa en el grupo experimental. Su importancia radica en que el cuidado personal se refiere a conductas de mantenimiento de la salud física (prevención de accidentes, postura, higiene, etc.) o hábitos saludables que podrán mantenerse e incrementarse si la autoeficacia en ello continua aumentando (Bandura, 1998; Norman Bennett, Smith, y Murphy, 1997).

En cuanto al incremento en la autoeficacia en la comunicación, podría deberse a que el Programa de Habilidades para la vida y la salud enfatiza de manera sustancial la realización de actividades que desarrollan las habilidades de comunicación y el continuo reforzamiento de estas por medio de los docentes, lo que nos habla de un escenario propicio para el incremento de la autoeficacia en esta habilidad. En el mismo sentido, el incremento en el grupo experimental de las habilidades de comunicación, corresponde a esta misma explicación añadiendo la relación que existe entre la autoeficacia y la adquisición de las conductas que es reportada por diversas investigaciones (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson, y Martin, 2001; Lachman y Weaver, 1998; Norman, Bennett, Smith, y Murphy, 1997; Rimal, 2001).

La autoeficacia general, que es el objetivo final del programa, obtuvo diferencias significativas en el grupo experimental entre las evaluaciones PRE y la POST, más no entre el grupo control y el experimental en ninguno de los dos momentos.

---

Ambos grupos, el control y el experimental incrementaron su puntaje de autoeficacia general para la evaluación POST, lo que nos haría suponer que se podría deber al propio desarrollo del niño o a las habilidades adquiridas en el ciclo escolar. Sin embargo, basándonos a que el incremento fue significativo para el grupo experimental, diremos que si bien no descartamos la influencia de lo anterior y aunque no hubo diferencias con el grupo control en la evaluación POST, este incremento también se debe a la aplicación del programa. Decimos esto por las siguientes razones: 1) el programa proporciona los momentos necesarios para el incremento de la autoeficacia, según Bandura (1998): promueve la aparición de *experiencias exitosas* para los niños a través de las actividades y la forma de trabajarlas, cuenta con *modelos* (tanto docentes como pares) que realizan estas experiencias en conjunto con el niño o la niña y promueve un lenguaje que *persuade* a los niños sobre la posesión de la capacidad para realizar conductas y habilidades saludables. 2) Según algunos autores (Shelton, 1990) el incremento en las autoeficacias específicas deriva en un incremento en la autoeficacia general, lo cual podría ayudar a explicar los resultados que se encontraron.

#### *Después de dos años de aplicación del programa de Habilidades para la vida y la salud*

Tomando en cuenta que no es posible, debido a la diferencia en los temas que se abarcan en los distintos grados, hacer una comparación directa entre los puntajes obtenidos en tercer grado y en cuarto, en esta sección intentaremos englobar los logros obtenidos después de dos años de la aplicación del programa.

En primer lugar abarcaremos a los conocimientos. Como ya se dijo en la sección de demandas situacionales, los conocimientos son un elemento básico, aunque no suficiente, para la realización de conductas saludables o de protección (Conrad, Flay y Hill, 1992; Morgan y Cortes, 1995; Shutte-Ainne y Madaleno, 2003). En este sentido, los conocimientos que se incrementaron después de dos años de aplicación del programa fueron los que abarcaban la alimentación y el cuidado del medio ambiente. Estos resultados podrían deberse, por un lado, a que corresponden a dos de las áreas en las que los materiales del programa tienen los contenidos más específicos y de aplicación práctica en la comunidad junto con las actividades para realizar dentro del aula y en la casa. Por otro lado, no podemos

dejar de notar que el tema de la alimentación es un eje indispensable en las pláticas que ofrece el programa gubernamental *Oportunidades* (SEDESOL, 2008) y que el tema del cuidado del medio ambiente es uno de los más reforzados en últimas fechas en las comunidades debido a la contaminación de ríos y talas de montes que hacen que escasee el agua y los recursos naturales, por lo que son estos conocimientos reforzados continuamente y no se podrían distinguir su influencia en esta investigación.

En contraparte, los conocimientos que tienen que ver con el cuidado personal no muestran una tendencia al alza después de dos años del programa, más bien se observan resultados favorables solo en el cuarto grado. Esto pudiera deberse, precisamente, a que los temas en este eje son muy diferentes entre sí, lo que hace difícil una continuidad en la medición de los conocimientos. Por un lado, en tercer grado se habla de la importancia de la realización de deportes y en el cuarto grado sobre la postura corporal. Además, la novedad en el tema de cuarto grado pudiera ser lo que marca la diferencia, ya que es más común realizar deporte (el volibol que es muy común en las comunidades rurales) que fijarse en la postura correcta de sentarse, dormir, etc. Lo más adecuado sería que midiera el incremento en estos conocimientos debiera medirse con instrumentos que abarquen ambos temas desde el inicio del programa en tercer grado.

### *Conductas y habilidades*

El Programa de Habilidades para la vida y la salud incluye actividades que promueven la realización de conductas saludables. Además, los docentes son capacitados para el modelamiento de estas conductas y el reforzamiento de las mismas. Con todo esto, esperaríamos que las conductas y habilidades que se trabajan en el programa hubieran mostrado incremento al transcurso de dos años. Sin embargo, los resultados obtenidos son más modestos de lo que se esperaba.

En cuanto a las conductas saludables, observamos que las conductas que mantienen su incremento son las relacionadas con el cuidado personal no así las conductas de alimentación y cuidado del medio ambiente. Estos resultados son

---

interesantes, aunque no sorprendidos, ya que aunque estas dos áreas incrementaron sus conocimientos al respecto, no necesariamente éstos se traducen en las conductas, lo que confirma lo que se ha encontrado en otras investigaciones (Lynch, Geller y Schmidh, 2004; Tobler y Straton, 1997). Aunque el programa está diseñado para la puesta en acción de las conductas, probablemente no fueron suficientes los ejercicios al respecto. Recordemos que cada conducta pertenece a una unidad del programa, lo que reduce el tiempo de realización de los ejercicios específicos y de la retroalimentación sobre éstos e impacta directamente con la adquisición y mantenimiento de las conductas meta (Springer, Sale, Herman, Sambrano, Kasim, y Nabler, 2004). Otros programas de promoción de la salud basados en el incremento de habilidades (Bruene-Butler, Hampson, Elias, Clabby, y Schuyler, 1997; Greenberg y Kusche, 1998; Shure y Spivack, 1982) son exitosos porque refuerzan continuamente las conductas, a través de numerosas sesiones, contrario a lo que pasa en el programa de Habilidades para la vida y la salud debido a que (en particular las conductas de alimentación, cuidado personal y medio ambiente) las conductas solo se trabajan en una unidad de todo el programa (que tiene diez unidades).

Por otro lado, y hablando específicamente sobre la conducta de alimentación, ésta no recae en la acción individual del niño, sino que depende de otros actores para llevarla a cabo, lo que puede estar influyendo en estos resultados. Asimismo, la dieta alimenticia en las comunidades rurales e indígenas de esta región está basada en el maíz, frijol y chile, principalmente (CIESAS, 2002) rara vez consumen carne y pocas veces frutas y verduras, a pesar de que puede haberlas en abundancia y variedad según la temporada. Aún cuando los programas sobre salud que existen en las comunidades (sean gubernamentales o de las organizaciones civiles) se han enfocado en el uso de los recursos propios de la comunidad para mejorar la alimentación de las familias, el cambio es lento ya que requiere de modificación de costumbres en la población, el poder adquisitivo, etc. Este lento movimiento en el contexto inmediato del niño o niña constituye una barrera para el mantenimiento de conductas de alimentación más sanas ya que no existe el reforzamiento necesario que las promueva (Bronfembrenner, 1979; Greenberg, Domitrovich, y Bumbarger, 2000; Taylor y Repetti, 1997)

---

En relación con la conducta de cuidado del medio ambiente, además de la explicación sobre la falta de reforzamiento por parte del contexto inmediato, varios estudios demuestran que el conocer sobre los riesgos de la contaminación del agua, aire, etc., no asegura la realización de conductas de cuidado del ambiente (Mayer, 1998).

Por otro lado, las actividades del Programa de Habilidades para la vida y la salud en cuánto a este tema incluyen ejercicios en donde se incluye a las autoridades comunitarias (maestros, padres y madres de familia, etc). Esto obedece a que el involucramiento de la comunidad es importante para el mantenimiento de los cambios conductuales, como ya se comentó. Sin embargo, recordando la estructura organizacional de estas comunidades rurales, los niños tienen poca o nula ingerencia en la toma de decisiones y poca participación en las reuniones de las autoridades, lo que limita el campo de acción que los niños pudieran tener para practicar el cuidado del medio ambiente (CIESAS, 2002). Probablemente, el programa debiera incluir actividades de sensibilización a la comunidad sobre la importancia de la participación de niños y niñas en temas comunitarios y sobre lo urgente de tomar acciones conjuntas para el cuidado del medio ambiente en su comunidad.

Respecto a la conducta de cuidado personal (que habla de la realización de deportes y postura corporal), podríamos decir que es una conducta que involucra más la voluntad propia del niño o niña y está menos sujeta a la injerencia o decisión de alguien más. Esto facilita la adquisición de la conducta y su mantenimiento. Por otro lado, la realización de deporte en las comunidades es un hecho reconocido: existen diversos eventos deportivos interescolares e intercomunitarios en los que los deportes, como el básquetbol y el volibol son los más solicitados. En las plazas comunitarias (galeras) hay canchas de básquetbol en las que se pueden observar a personas de diferentes edades utilizándolas. En cuanto a la postura corporal, las particularidades del estilo de vida de las comunidades también la favorecen. En específico, las mujeres, desde niñas, están acostumbradas a llevar en la cabeza, cubos de agua, canasta de ropa, comida, etc., lo que las ayuda a mantener una postura correcta al caminar, sentarse, etc. Esta característica del contexto favorece el mantenimiento de la conducta de cuidado personal, ya que propicia las condiciones necesarias para su realización y las fortalece.

---



En relación con las habilidades de toma de decisiones y las habilidades de comunicación solo éstas últimas muestran incremento en la evaluación final. Contrario a la forma de abordar las conductas saludables, el programa promueve el ejercicio de estas habilidades durante todas las unidades, aunque existan unidades específicas para cada una. La formación dada a los docentes y las visitas de seguimiento les preparaban para modelar habilidades de comunicación y de toma de decisiones, así como para fomentarlas en sus alumnos. Este seguimiento y enfoque en el desarrollo de estas habilidades se ve traducido en el incremento en las habilidades de comunicación en la última evaluación del programa, lo que coincide con evaluaciones previas del programa, en su versión para ciudad (Pick de Weiss, Givaudan, y Givaudan, 1993; Pick y Givaudan, 1995; Givaudan, Ramón, Camacho y Pick, 1997; Boss, 1998). Apoyando estos resultados, en una evaluación cualitativa del programa (hecha por miembros del equipo evaluador de IMIFAP) se les preguntó a los docentes si habían notado cambios en las conductas de los niños y cuáles habrían sido los más importantes.

La mayoría de los docentes reportó cambios en los niños, sobre todo en que ahora se saludaban todos de mano (sin distinción de sexos), participaban más en clase, hacían más preguntas, etc. (IMIFAP, 2005) La efectividad del programa en estas habilidades se debe a las constantes oportunidades proveídas para la práctica de éstas en el salón de clases, la participación de los modelos (no solo los docentes, sino el grupo de pares) y la retroalimentación y reforzamiento ante su ocurrencia.

Por otro lado, las habilidades de toma de decisiones requieren de procesos de pensamiento más complejos que involucren el análisis y discriminación de opciones para solucionar un problema. Una de las posibles explicaciones por las que no se obtuvieron resultados favorables en esta área es el desarrollo cognitivo de los niños de entre 9 y 11 años de edad, sobre todo tomando en cuenta el contexto en el que se desarrollan. Según Piaget, estos niños se encuentran en la etapa de operaciones concretas, lo que les brinda la oportunidad de tener procesos de pensamiento organizados y lógicos sobre asuntos concretos no así en los que involucran un pensamiento abstracto o situaciones hipotéticas (Berk, 2003). Es decir, que pueden tener procesos de toma de decisiones que involucran análisis de alternativas y elección sobre asuntos específicos y tangibles, más no imaginarios.

---

Esto explicaría la falta de resultados observables en dos maneras: 1) que el proceso de toma de decisiones que esperábamos que adquirieran involucra operaciones más complejas que las posibles en este momento del desarrollo, 2) que la forma de medición (la cual involucra situaciones hipotéticas) no fuera adecuada para medir este tipo de procesos.

Por otro lado, no podemos olvidar que las habilidades se construyen, según Bandura, a partir de la observación de modelos (pares o adultos), ensayos y retroalimentación (Bandura, 1977). En este sentido, podríamos decir que debido a que las habilidades de toma de decisiones son más abstractas que las habilidades de comunicación se hace más compleja su observación y retroalimentación, por lo que se necesitaría de una continua exposición a actividades específicas de toma de decisiones en el programa. Además, los docentes están poco acostumbrados a abrir espacios para que los niños y niñas participen en la toma de decisiones en el. Por lo general, son ellos quienes deciden como, cuando y por qué se realizan o no ciertas actividades. A pesar de esto último, según los datos obtenidos en las visitas de seguimiento, poco a poco los docentes abren más espacios para que los niños se involucren en las decisiones (IMIFAP, 2005). Podría ser, entonces, que si se hubiera evaluado más adelante (es decir, un año o dos después) probablemente se encontrarán resultados más definitivos acerca de la efectividad del programa.

En general, podemos decir que, según los datos obtenidos, el programa muestra un incremento en algunas áreas de los conocimientos, en la conducta de cuidado personal y en las habilidades de comunicación, lo que podría decirnos que es un programa que cumple con la mayoría de los objetivos que se propone, aunque es necesario considerar lo siguiente para su mejor evaluación y/o implementación:

- 1) Aunque el programa está diseñado para aplicarse durante un año escolar, la realidad es que el tiempo se ve reducido debido a las condiciones sociopolíticas y climáticas (ver Anexo 2) Estas circunstancias hacen que el número de sesiones sea menor al planeado por la premura de terminar el programa a tiempo. Esto influye en la cantidad de horas de exposición de los niños a los contenidos y actividades y deriva en una baja efectividad del programa , como lo mencionan Springer y cols. (2004) y Denman (1999):

aquellos programas que tienen mayor cantidad e intensidad de contacto con la población objetivo, son los que muestran mejores resultados.

- 2) El programa basa su implementación en el trabajo de los docentes como replicadores del programa. Durante tres años (el piloteo y los dos años de implementación que corresponden a este proyecto) participaron en tres talleres de capacitación cuyo objetivo era que adquirieran herramientas para transmitir el programa a los niños. Además, las visitas de seguimiento complementaban este proceso al retroalimentar lo observado en la clase. Sin embargo, este procedimiento, llamado *capacitación en cascada* y que se utiliza para llevar a más población los programas comunitarios en IMIFAP, A.C., (IMIFAP, 2006) requiere de un seguimiento más continuo que el que se pudo proporcionar en el programa para asegurarse de que la réplica sea lo más fiel posible al programa original. Este hecho influye en la efectividad del programa en varias maneras. Por un lado, habla de la gran variabilidad de formas de bajar la información y actividades del programa que existió en los docentes y de la cual se tuvo poco control. Un ejemplo de esto es que, aún cuando las condiciones socioeconómicas de las comunidades, la carga de trabajo de la escuela, el tipo de escuela que era (rural o indígena) y el número de maestros fuera el mismo, en una comunidad los docentes seguían al pie de la letra lo dicho en las capacitaciones, e incluso lo mejoraban debido a sus propias habilidades docentes, y en otra (que a veces no se distanciaban más allá de 250 metros), llovían las excusas sobre el por qué no se había trabajado el programa como se supone se debía trabajar. Esta falta de consistencia en la implementación obstaculiza la medición de la efectividad real del programa pues los resultados de cambios que se obtienen se dispersan en la variabilidad.

Por otro lado, la falta de seguimiento constante de los docentes deriva en poca retroalimentación sobre sus prácticas en el programa y esto los convierte en modelos que están en formación y que no dominan totalmente las habilidades y conductas que se quieren transmitir pues están en el proceso de adquirirlas y/o perfeccionarlas. Esto implica dos asuntos: 1) probablemente, son los docentes quienes se ven directamente beneficiados por las capacitaciones y el programa ya que son ellos quienes reciben de primera mano la formación por lo que, seguramente, si se analizaran los resultados de sus observaciones se verían los

---

cambios de manera más clara, y 2) recordando que estamos basándonos en que los niños aprenden de los modelos, si éstos no son del todo capaces de replicar las habilidades y conductas que se requieren entonces los niños no las aprenderán de la manera esperada, lo que puede explicar los resultados que se encontraron.

- 3) La forma de evaluar las conductas y las habilidades pudo influir en los resultados. Por un lado, nos basamos en autoreportes, lo que reduce la fiabilidad de las respuestas debido a la propensión de estos a la deseabilidad social (Anastasi y Urbina, 1998; Ferrando y Chico, 2000). En particular, el cambio en las conductas y habilidades se registra más claramente por medio de observaciones directas de la ejecución de la conducta. Debido a que en este estudio la muestra era muy amplia y las formas de acceso a las comunidades, complicadas, no se pudieron diseñar situaciones para observación que nos pudieran brindar información más verídica de las modificaciones en conducta y habilidades.

Por otro, salvo en la sección de habilidades de comunicación, toma de decisiones y autoeficacia, los instrumentos eran distintos en cada grado, lo que hace difícil su análisis para encontrar diferencias significativas entre el primer PRE (tercero) y el último POST (cuarto). Se necesitaría que el instrumento fuera el mismo o equivalente para poder tener seguimientos claros en los cambios debidos al programa.

- 4) Es importante resaltar el hecho de que el instrumento de autoeficacia específica no es el mismo para los dos años, lo que afecta en la medición del desarrollo de esta. Además, se necesitan realizar mayores análisis psicométricos a estos nuevos reactivos, ya que fueron redactados de manera emergente para cubrir la necesidad de diferenciar las autoeficacias específicas, ante los resultados del estudio anterior, por lo cual no siguieron el proceso de validación de los instrumentos, a diferencia del Instrumento de Autoeficacia General.
- 5) La motivación de los docentes y de las autoridades educativas involucradas en la implementación del programa influye en la frecuencia, calidad y compromiso hacia el programa. En las escuelas en donde los docentes y los directivos tomaban la capacitación y la veían como una herramienta más que como una carga extra de trabajo, el programa ocupaba un espacio claro en el horario de clases, los materiales se utilizaban de manera completa, se

involucraba a los padres de familia, etc. Aunque esto se infiere mediante la observación en las visitas de seguimiento y en algunos testimonios de maestros a lo largo del programa, diversas investigaciones concuerdan con la importancia de esto en la implementación de programas en la escuela (Bandura, 1996; Birrel y Weisen, 2005; Bond y Hauff, 2004; Denman, 1999; Lynch, Geller y Schdmith, 2004) lo que lo vuelve una variable importante para considerar al hacer una evaluación más integral de este programa.

- 6) El diseño mismo del programa no favorece que niños y niñas practiquen o estén expuestos de manera continua a los conocimientos y conductas saludables que se plantean por lo que es necesario hacer las modificaciones necesarias para que las conductas se practiquen durante todo el tiempo de aplicación del programa.
- 7) No hay que olvidar que el programa está diseñado como un programa que involucra el medio ambiente del niño, es decir, que retoma un enfoque ecológico y que el desarrollo visto dentro de este enfoque tiene que ver con un cambio dentro de los sistemas, en particular, del micro sistema donde se desenvuelve el niño (Bomfenbrener, 1978). En este sentido, los cambios se dan de manera pausada y sobre todo tardan en mantenerse y deben ser reforzados continuamente por quienes participan en él, llámense docentes, padres, madres, pares, miembros de la comunidad. Por lo tanto, se necesita de evaluaciones sensibles a este fenómeno y de estrategias del programa que faciliten el involucramiento de los diferentes microsistemas existentes en una comunidad.

## **Comprobación del Modelo**

### **Hipótesis no. 3.**

El modelo a evaluar postula, de manera general, que la autoeficacia general POST será predicha por la autoeficacia específica POST y la realización de conductas saludables POST. También, quiso ver el impacto de la participación en el programa de habilidades para la vida y los puntajes PRE de las autoeficacias específicas y general en la autoeficacia general POST. Para ello, se realizaron cuatro regresiones lineales tipo jerárquico para encontrar si las autoeficacias específicas

junto con las conductas saludables predicen la adquisición de la autoeficacia general. Los pasos que se siguieron fueron los siguientes:

1. Se introdujeron los puntajes de la autoeficacias específicas y las conductas saludables después de haber participado en el programa de habilidades para la salud y la autoeficacia general POST.
2. Luego, se introdujo la variable Grupo para diferenciar al grupo control del experimental.
3. Se añaden los puntajes de las autoeficacias específicas y conductas saludables antes del programa.
4. Por último, se añade la autoeficacia general medida antes del programa.

En la Tabla 19 podemos observar que el primer paso explica el 95.8% de la varianza relacionada con la autoeficacia general, es decir, son los puntajes post de autoeficacias específicas y las conductas saludables quienes explican el mayor porcentaje. Más específicamente, son los puntajes de autoeficacia quienes aportan la mayor explicación.

Tabla 19

Resumen de análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la Autoeficacia General Post

Variable	<i>B</i>	<i>EE C</i>	$\beta$
Paso 1			
Autoeficacia post			
Alimentación	1.091 E-02	.003	.016*
Cuidado personal	.218	.005	.243*
Medio ambiente	.134	.003	.192*
Toma de decisiones	.224	.005	.271*
Comunicación	.408	.003	.600*
Conductas post			
Alimentación	2.794 E-04	.001	.001
Comunicación	1.0006 E-03	.003	.002
Medio ambiente	1.062 E-03	.002	.003
Toma de decisiones	1.058 E-03	.002	.003
Cuidado personal	-1.976 E-03	.001	-.009**

Paso 2			
Autoeficacia post			
Alimentación	1.096 E-02	.003	.016*
Cuidado personal	.218	.005	.243*
Medio ambiente	.134	.003	.192*
Toma de decisiones	.225	.005	.271*
Comunicación	.408	.003	.600*
Conductas post			
Alimentación	3.246 E-04	.001	.001
Comunicación	9.681 E-04	.003	.002
Medio ambiente	1.035 E-03	.002	.003
Toma de decisiones	1.079 E-03	.002	.003
Cuidado personal	-1.90 E-03	.001	-.009**
Grupo	-1.95 E-03	.002	.001
Paso 3			
Autoeficacia post			
Alimentación	8.743 E-03	.003	.012**
Cuidado personal	.219	.005	.245*
Medio ambiente	.150	.003	.186*
Toma de decisiones	.225	.005	.272*
Comunicación	.409	.003	.601*
Conductas post			
Alimentación	4.18 E-04	.001	.002
Comunicación	1.711 E-03	.003	.003
Medio ambiente	1.558 E-03	.002	.002
Toma de decisiones	5.922 E-04	.002	.004
Cuidado personal	-1.80 E-03	.001	-.008
Grupo	-5.44 E-05	.003	.000
Autoeficacia pre			
Alimentación	1.413 E-02	.008	.019*
Cuidado personal	-1.58 E-02	.004	.020*
Medio ambiente	-7.41 E-03	.004	-.010**
Toma de decisiones	5.564 E-03	.003	.007
Comunicación	-3.74 E-03	.003	-.005
Conductas pre			

Alimentación	4.752 E-04	.001	.002
Comunicación	4.860 E-03	.003	.007
Medio ambiente	1.452 E-03	.001	.014*
Toma de decisiones	1.81 E-03	.002	.004.
Cuidado personal	-2.11 E-03	.001	-.009**
<hr/>			
Paso 4			
Autoeficacia post			
Alimentación	9.09 E-03	.003	.013**
Cuidado personal	.220	.005	.246*
Medio ambiente	.130	.003	.187*
Toma de decisiones	.223	.005	.270*
Comunicación	.408	.003	.600*
Conductas post			
Alimentación	6.173 E-04	.001	.003
Comunicación	1.113 E-03	.003	.002
Medio ambiente	1.11 E-04	.002	.002
Toma de decisiones	5.554 E-04	.002	.005
Cuidado personal	-1.97 E-03	.001	-.009**
Grupo	-1.17 E-03	.003	-.002
Autoeficacia pre			
Alimentación	5.82 E-03	.005	-.008
Cuidado personal	-3.48 E-02	.006	-.043*
Medio ambiente	-1.80 E-02	.004	-.025*
Toma de decisiones	-1.61 E-02	.006	-.020**
Comunicación	-5.45 E-02	.011	-.072*
Conductas pre			
Alimentación	7.224 E-04	.001	.003
Comunicación	5.106 E-03	.003	.007
Medio ambiente	1.701 E-03	.001	.013**
Toma de decisiones	1.87 E-03	.002	.004
Cuidado personal	-2.15 E-03	.001	-.009**
Autoeficacia general pre	.126	.026	.109*

*Nota.*  $R^2 = .958$  ( $p = .000$ ) para el paso 1 y 2;  $R^2 = .959$  para el paso 3 y 4 ( $p = .000$ ).

\* $p < .05$

\*\* $p < .001$



Los siguientes modelos (que incluyen la participación en el programa de habilidades, los puntajes PRE de las autoeficacias específicas y las conductas saludables y la autoeficacia general) no contribuyen o contribuyen en un mínimo porcentaje a la predicción de la autoeficacia general POST.

Para poder obtener el efecto separado de las autoeficacias específicas y conductas saludables PRE sin la presencia del programa de habilidades, se realizó otro análisis de regresión tipo jerárquico en donde se introdujeron, como primer paso los puntajes PRE de autoeficacia específica y conductas saludables y después, la autoeficacia general.

Tabla 20

Resumen de análisis de regresión jerárquica para las variables (en su puntaje PRE) que predicen la Autoeficacia General Post.

<b>Variable</b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>EE C</i></b>	<b><math>\beta</math></b>
<b>Paso 1</b>			
Autoeficacia pre			
Alimentación	8.657 E-02	.016	.119*
Cuidado personal	3.49 E-02	.019	.043
Medio ambiente	-6.45 E-02	.016	-.090*
Toma de decisiones	6.384 E-03	.019	.001
Comunicación	-8.06 E-02	.017	-.107*
Conductas pre			
Alimentación	3.017 E-03	.005	-.024
Comunicación	2.348 E-02	.015	.032
Medio ambiente	-1.12 E-02	.003	-.087*
Toma de decisiones	-2.52 E-03	.010	-.005
Cuidado personal	-5.60 E-03	.005	-.013
<b>Paso 2</b>			
Autoeficacia pre			
Alimentación	-2.64 E-02	.025	-.036
Cuidado personal	-7.34 E-02	.027	-.090**
Medio ambiente	-.125	.019	-.175*

Toma de decisiones	-.117	.028	-.148*
Comunicación	-.368	.052	-.487*
Conductas pre			
Alimentación	4.324 E-03	.005	-.023
Comunicación	2.449 E-02	.015	.034
Medio ambiente	-1.16 E-02	.003	-.090**
Toma de decisiones	-1.83 E-03	.010	-.004
Cuidado personal	5.36 E-03	.005	.018
Autoeficacia general pre	.715	.123	.617*

Nota.  $R^2 = .035$  ( $p = .000$ ) para el paso 1;  $R^2 = .049$  para el paso 2 ( $p = .000$ ).

\* $p < .05$

\*\* $p < .001$

Ambos modelos resultan ser significativos, aún cuando muy modestos en el porcentaje de varianza explicada. Sin embargo, el segundo modelo incrementa esta explicación e incluye otras variables que no resultaron significativas en el primero. En éste, las autoeficacias específicas de alimentación, medio ambiente y comunicación, junto con la conducta de cuidado del medio ambiente son las que aportan a la predicción de la autoeficacia general POST. En el segundo modelo, al incluir la autoeficacia general PRE, las autoeficacias específicas de cuidado personal, medio ambiente, toma de decisiones y comunicación, la conducta de medio ambiente y la misma autoeficacia general PRE contribuyen de manera significativa a la predicción de la autoeficacia general POST. Para una visión general más clara, se fusionan los modelos en una misma figura (ver Figura 2).

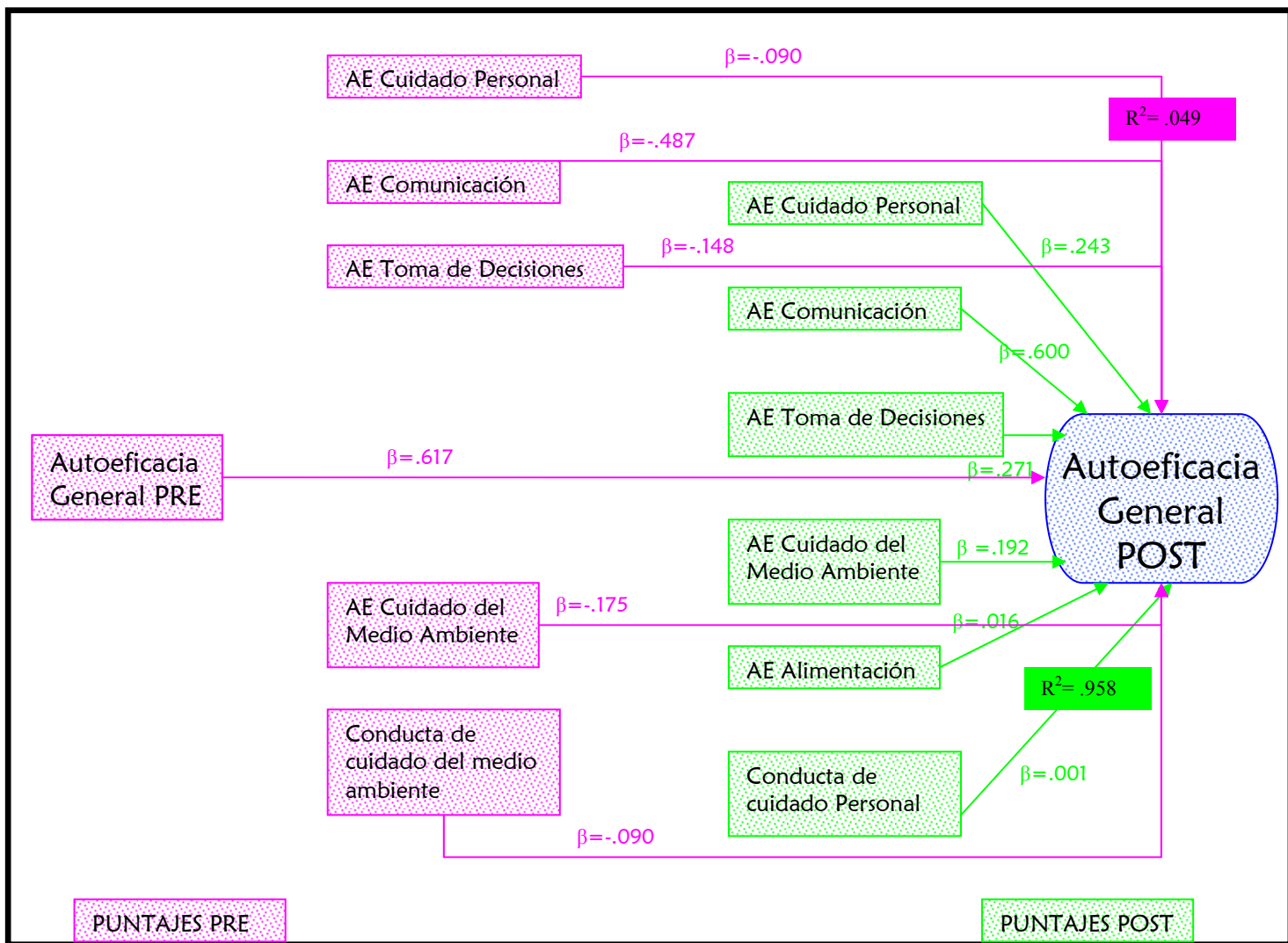


Figura 2. Modelo de predicción de autoeficacia general mediante la autoeficacia específica y las conductas saludables antes y después de la aplicación del programa “Habilidades para la vida y la salud” (Pick y Givaudan, 2002)

#### || Hipótesis no. 4

Esta hipótesis postula que los niveles de autoeficacia específica antes del programa influirán en la realización de conductas saludables. Para probarlo, se llevó a cabo una serie análisis de regresión para cada una de las conductas saludables, tomando en cuenta los niveles de autoeficacia específica previos al programa de “Habilidades para la vida y la salud” y al programa en si mismo.

Se encontró que para las conductas de cuidado del medio ambiente, toma de decisiones y cuidado personal el efecto principal de los puntajes previos al programa de la autoeficacia específicas correspondiente fue significativo, ( $F(1,$

1018) = 10.073,  $p = .002$ ;  $F(1, 1018) = 5.43$ ,  $p = .020$  y  $F(1, 1018) = 18.675$ ,  $p = .000$ , respectivamente). El tamaño de los efectos lo pueden observar en la figura 3.

Para la conducta de cuidado personal, también se observó efecto combinado de los puntajes previos de autoeficacia y de el programa de habilidades para la vida y la salud,  $F(1, 1018) = 17.339$ ,  $p = .000$ , superando el tamaño del efecto simple de la autoeficacia,  $R^2 = .122$ .

Un caso relevante es el relacionado con la conducta de alimentación, ya que no se encuentran efectos principales autoeficacia específica correspondiente ni en conjunto con la participación en el programa de habilidades, sino que se observa un efecto principal significativo solo del programa de habilidades para la vida y la salud,  $F(2, 10171) = 6.356$ ,  $p = .002$ . Este resultado favorece lo relacionado con la efectividad del programa para el desarrollo de esta conducta en particular.

No se observaron efectos principales ni combinados de las variables que entraron en los modelos que explicaran a la conducta de comunicación.

## || Hipótesis no. 5

Para probar la hipótesis que dice que la autoeficacia específica (posterior al programa) será influida por sus puntajes previos y/o las conductas saludables se realizaron otra serie de análisis de regresión tipo Enter para cada una de las autoeficacias específicas. En cada análisis se introdujeron, al mismo tiempo, los puntajes previos de la autoeficacia específica, según el caso, y los de la conducta saludable correspondiente. También se introdujo la variable de participación en el Programa de Habilidades para la vida y la salud para saber si tendría alguna influencia en la predicción de las autoeficacias específicas. Además, se corrió un análisis de efectos simples de los puntajes previos de autoeficacia general para cada una de las específicas.

Se encontraron efectos simples significativos de los puntajes previos de autoeficacia en alimentación y comunicación sobre los puntajes post de las autoeficacias correspondientes,  $F(1, 1018) = 6.187$ ,  $p = .013$  y  $F(1, 1018) = 43.711$ ,  $p = .000$ ,

respectivamente. En las otras autoeficacias no se encontraron efectos simples de sus puntajes previos sobre los posteriores.

En cuanto a los puntajes post de la autoeficacia en cuidado del medio ambiente y de toma de decisiones, se encontraron efectos combinados de los puntajes previos de la autoeficacia correspondiente en conjunto con la participación en el programa,  $F(2, 1017) = 30.694, p = .000$  y  $F(2, 1017) = 9.771, p = .000$ , respectivamente.

En relación con la autoeficacia en cuidado personal, se encontró un efecto combinado significativo de sus puntajes previos y la conducta de cuidado del medio ambiente,  $F(1, 1018) = 6.187, p = .013$ . Este resultado es el único que confirma la relación conjunta de la conducta y la autoeficacia como predictores de autoeficacia en su momento post.

En relación con los niveles previos de autoeficacia general, no se encontraron efectos simples sobre ninguno de los puntajes post de las específicas. Sin embargo, se corrieron análisis de efectos principales sobre la autoeficacia general pre y las específicas también en el pre. En estos análisis, se encontraron efectos simples significativos en todos los análisis. Esto podría deberse a la cercanía en el tiempo de las mediciones de ambas autoeficacias. En la figura 3 encontrará el tamaño de los efectos principales de la autoeficacia general sobre la específica.

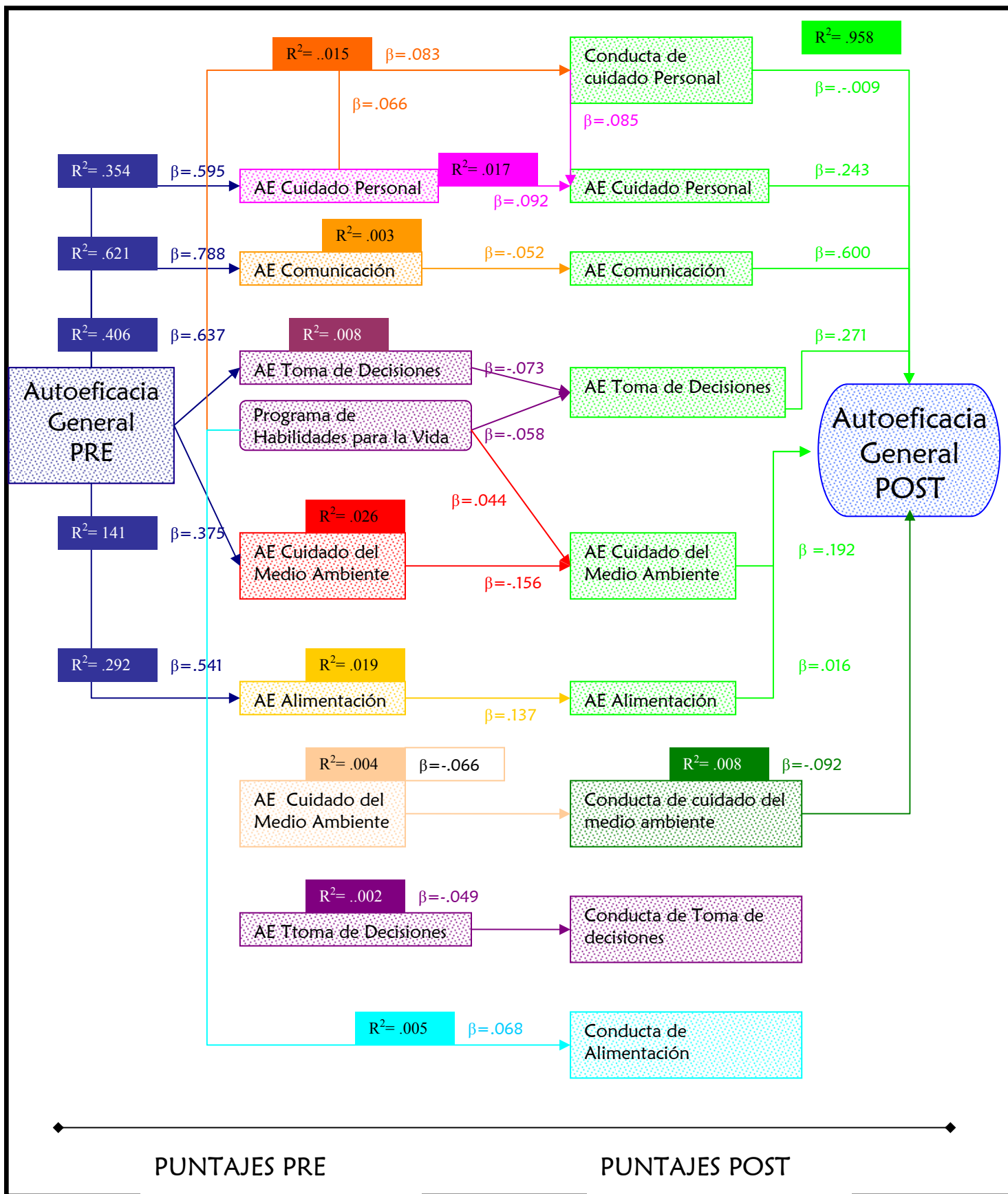


Figura 3. Modelo completo de autoeficacia general tomando en cuenta las relaciones entre las variables antes y después de la intervención.

**Discusión.**

La autoeficacia, o la percepción de control hacia nuestra propia conducta ha sido estudiada y evaluada de manera amplia en sus aplicaciones teóricas y prácticas (Bandura, 1998; Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson, y Martin, 2001; Chemers, Hu y García, 2001; Lachman y Weaver, 1998; Leganger y Kraft, 2003; Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wild, 2004; Rimal, 2001; etc). Ha sido un elemento central en casi todos los modelos de promoción de la salud que existen y un objetivo a desarrollar en los diferentes programas preventivos que existen, sobre todo los que se trabajan con niños y adolescentes. Esto es debido a que la autoeficacia es un elemento motivacional para la realización de acciones y su mantenimiento (García y Mann, 2003). En este trabajo, en particular, se esperaban encontrar resultados que contribuyeran a confirmar el poder predictivo de la autoeficacia sobre las conductas. Aún más, se pretendía encontrar elementos que pudieran diferenciar la aportación de la autoeficacia general y las autoeficacias específicas y el papel de la conducta en el incremento de éstas.

De manera general, podemos decir que se cumplió parcialmente con las hipótesis establecidas. En algunos casos, el modelo solo cumple con una parte de lo propuesto, pero tiene un porcentaje de varianza explicada alto. En otros, el porcentaje de varianza es más bien bajo, aunque se reportan resultados congruentes con lo esperado. La discusión se hará en secciones, de acuerdo al orden en que se presentaron los resultados.

*Hipótesis no. 3. La autoeficacia general (POST) será predicha por los niveles de autoeficacia específica y la realización de conductas saludables.*

Los resultados muestran que son las autoeficacias específicas (POST) y la conducta de cuidado personal (POST) las que predicen la autoeficacia general con un 95% de varianza explicada, mientras que si le añadimos los puntajes PRE se eleva solo al 96% de varianza explicada. Estos resultados muestran que el incremento en los niveles de autoeficacias específicas se traducen en incremento en la autoeficacia general, como sugieren algunos autores que dicen que la Autoeficacia General está compuesta por la capacidad percibida de las personas para realizar acciones en diferentes situaciones de su vida (Shelton, 1990; Bandura, 2001). Es decir, que mientras el individuo se perciba capaz en más áreas de su

---

vida cotidiana (personal, laboral, académica, etc.) esto se traducirá en percibirse capaz en la vida, en general.

En relación con las conductas saludables y la autoeficacia general, algunos autores sugieren que, además de la relación documentada de la autoeficacia como predictora de la conducta, esta (la conducta) también predice el incremento de la autoeficacia después de cierto tiempo de realizar dicha conducta (Rimal, 2001). Esto se debe a que una de las formas de incrementar la autoeficacia son las experiencias exitosas, lo que traducido en conductas sería el llevar a cabo con éxito las conductas saludables (Bandura, 1997). En este sentido, se esperaba que los puntajes POST de las conductas saludables predijeran la autoeficacia general. Los resultados nos muestran que, a excepción de la conducta de cuidado personal, no se comprueba esta relación. Más que concluir que no existe esa relación, creemos que estos resultados podrían deberse a que: 1) según los datos reportados en la sección anterior (sobre la efectividad del programa) el incremento en las conductas, aunque existente, todavía es modesto, lo que podría interferir en el tamaño del efecto en la autoeficacia específica. 2) Similar a lo dicho anteriormente, la medición de las conductas podría estar influyendo en los resultados, dado que se basa en autoreportes que miden la ocurrencia de conductas y no en otra estrategia de evaluación, como la observación, que podría dar datos más fidedignos y reales sobre su realización, su frecuencia y su forma.

*Hipótesis no. 4. El nivel de autoeficacia específica antes del programa (PRE) influirá en el desarrollo de conductas saludables.*

Esta relación de la autoeficacia como predictor de la conducta ha sido probada ya por diversas investigaciones en diferentes áreas (salud, educación, etc.) (Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wild, 2004; Schroeder, Hobfoll y Jackson, 2001; Schwarzer y Luszczynska, 2007; Stein y Longshore, 2005; etc.). Debido a ello, es uno de los factores fundamentales en varios modelos teóricos de promoción de la salud (ej. The Health Action Process Approach, Schwarzer, 1999) y de las intervenciones que se derivan de ellos.

---



Los datos encontrados en esta investigación corroboran, en cierta medida, lo dicho en la literatura para tres de las conductas saludables: la conducta de cuidado del medio ambiente, la de toma de decisiones y la de cuidado personal, ésta última en conjunto con el programa de Habilidades para la vida y la salud. Para las conductas de comunicación y de alimentación no se encontró esta relación. Una de las explicaciones posibles a estos hallazgos puede ser que las conductas predichas tienen un nivel más alto de control propio, es decir, de que sean realizadas sin que exista alguien más que intervenga, que las conductas de comunicación y de alimentación. Por ejemplo, es más probable que un niño deje de tirar basura en la calle, mantenga cerradas las llaves del agua en la escuela, etc., a que pretenda comer más verduras y menos grasas debido a que en ésta última hay más personas que intervienen en ella (quién cocina, quién provee los recursos, etc.) y otras variables (recursos económicos, conocimientos, prejuicios, etc.).

Esta diversidad de factores que intervienen en la realización de esta conducta puede estar interfiriendo en la percepción de control sobre ésta y por ello no poder establecer una relación directa entre la autoeficacia específica y la conducta. En cuanto a la conducta de comunicación, es necesario tomar en cuenta varios aspectos: 1) el contexto. En las comunidades rurales e indígenas existe una estructura patriarcal y adulta muy marcada (ver capítulo de contexto). Es decir, la autoridad y la toma de decisiones es asumida por los adultos y, en particular, los hombres adultos, dejando de lado a los niños y a las mujeres. En este sentido, la realización de la conducta depende de más aspectos que solo la percepción de control sobre ella, también de una apertura en el contexto, de reforzamiento de la conducta, etc.

En relación con el papel del programa de habilidades para la vida y la salud en conjunto con el nivel de autoeficacia en el cuidado personal sobre la realización de esa misma conducta, además de reforzar lo hallado aquí y en otras investigaciones, también ayuda a la explicación sobre la eficacia del programa en la adquisición de conductas saludables, en particular de cuidado personal. Algo interesante en este resultado es, precisamente, la presencia del programa en este modelo y no con las otras autoeficacias. Podría decirse que para la realización de las otras conductas, no fue tan relevante la participación en el programa solo la autoeficacia específica.

---

O que, como se observó en los resultados sobre la efectividad del programa, solo en la autoeficacia en cuidado personal y en comunicación hubo diferencias significativas entre los grupos que participaron en el programa y los que no y por ello no entra de manera significativa en los modelos de predicción.

*Hipótesis no. 5. Las conductas saludables, a su vez, influirán en el nivel de autoeficacia específica después de la participación en el programa.*

Como ya se comentó en la discusión de la hipótesis no. 3, en esta investigación se esperaba comprobar que las conductas saludables, después de adquiridas o después del programa de habilidades para la vida y la salud, también predecían la autoeficacia específica (en su momento POST). Esta hipótesis se basó, principalmente, en el supuesto de que los niveles de autoeficacia (general y/o específica) se incrementan realizando la conducta de manera exitosa (Bandura, 1997; Rimal, 2001) por lo que se asumió que las conductas saludables medidas después del programa se incrementaron con respecto a su medición previa y podrían predecir el incremento en la autoeficacia específica. Por otro lado, la investigación de Rimal (2001) sugería esta relación de la conducta como predictor de autoeficacia. En su investigación, Rimal propone un modelo de Reforzamiento Mutuo en el cual la autoeficacia promueve la realización de la conducta, y ésta, con el paso del tiempo y su ejecución, incrementa el nivel de la autoeficacia. Es decir, pasa de ser una variable independiente en función de la conducta, a ser la variable dependiente. No obstante, los resultados que se encontraron en la presente investigación no aportan suficientes datos que apoyen esta hipótesis, pues ninguna de las conductas saludables (POST) por sí solas predicen las autoeficacias específicas. Únicamente se confirma esta relación en la conducta de cuidado del medio ambiente y la autoeficacia general (POST) y en la conducta de cuidado personal junto con los puntajes PRE de autoeficacia en cuidado personal. Pese a ello, creemos que antes de concluir que esta relación no existe en esta investigación, quisiéramos explorar posibles explicaciones a estos resultados.

Primero, y como una constante en la explicación de los resultados, la necesidad de realizar un evaluación más adecuada tanto de las conductas como de las habilidades tomando en cuenta lo que ya se ha dicho en otras secciones (tipo de

instrumentos y métodos de medición, etc), ya que ayudaría a encontrar datos más confiables de los cuáles obtener conclusiones más certeras. Segundo, tomar en cuenta los resultados de la sección de efectividad del programa en relación con el incremento en los niveles de las autoeficacias específicas. Según los datos obtenidos, los incrementos son muy reducidos, aunque en algunos casos significativos. Esto pudiera estar influyendo en que no se encuentren la relación predictiva que esperamos con las conductas, ya que no existe mucha diferencia entre los niveles PRE y los POST de las autoeficacias. Probablemente, se encontraría dicha relación si se tomaran datos más recientes, es decir, de los últimos años de la intervención, en donde se esperaría que el incremento en la autoeficacia específica fuera mucho mayor al del inicio del programa. Tercero, en los datos encontrados para probar esta hipótesis tenemos que la conducta de cuidado del medio ambiente sí predice la autoeficacia general POST. Este dato nos lleva a pensar que, dada la naturaleza de la conducta (que no requiere de la supervisión, aprobación de alguien más para realizarla) es más fácil de llevarla a cabo con cierta frecuencia y entonces incrementar la autoeficacia. Lo que llama la atención es que el incremento sea en la general y no en la específica. Esto podría deberse a que al llevar a cabo acciones en favor del cuidado del medio ambiente, el niño se percibe tomando decisiones y realizando una conducta saludable para su conveniencia y la de la comunidad más que ejecutando una acción ecológica específica, debido a ello, el impacto es en la autoeficacia general.

Por lo anterior, creemos que esta hipótesis, aunque no confirmada por los datos de esta investigación, podría explorarse con mayor claridad en otros trabajos que tomen en cuenta lo que ya se ha explicado para llegar a conclusiones más concretas.

## **XI. Conclusiones.**

La promoción de la salud es el proceso de facilitar a las personas el incremento del control sobre su salud (Nutbeam, 1998). Este ha sido el eje que ha dirigido muchos de los esfuerzos en cuanto a promoción de la salud se refiere y, en particular, el eje de este trabajo. Centrar la intervención en la adquisición de autoeficacia general y/o específica en conductas saludables fue un objetivo teóricamente justificado, aunque no alcanzado en su totalidad en la práctica debido a las diversas circunstancias que ya se han descrito.

Sin embargo, los logros obtenidos en este programa contribuyen, aun cuando parcialmente, a resaltar la importancia de realizar intervenciones tempranas dirigidas a la adquisición de habilidades para la salud y de que estas intervenciones estén diseñadas sobre bases cercanas al contexto social y económico. Y, sobre todo, de fomentar el incremento de la autoeficacia en niños y niñas debido a su contribución con la adquisición de conductas que promueven la salud. A continuación, se enumeran las conclusiones que se desprenden del trabajo.

1. En México, existen pocos programas que trabajan con conjuntos de habilidades para la promoción de la salud y, sobre todo, dirigidos a niños. Este programa, contribuye con metodologías, conceptos y resultados a abrir campos de acción en este sentido. Por supuesto, tomando en cuenta los errores y limitaciones de este proyecto, pueden desprenderse estrategias más fortalecidas en diseño y evaluación de resultados.
2. Las escuelas, como ha sido reportado por diversas investigaciones (Blaxter, 1990; Kirby, 1991; Lohaus, Klein-Hessling, Ball y Wind, 2004; Madux, Roberts, Sledden y Wright, 1986), son los escenarios más idóneos para intervenciones que requieren que la población esté cautiva por cierto

periodo de tiempo. Sin embargo, es importante considerar las posibles dificultades que representan para la ejecución del trabajo:

- a. La participación de los docentes está supeditada a: la carga de trabajo de la temporada, posibles traslados y cambios en su posición laboral (jubilación, ascenso, etc.) y la motivación personal ante la importancia del programa.
  - b. El calendario escolar marca diferentes actividades que pueden interrumpir u obstaculizar la consecución de las actividades (ej. concursos de himno nacional, juegos magisteriales, prueba ENLACE, etc.)
  - c. Las escuelas rurales tienen sus propios horarios y características. Es importante conocerlas antes de trazar rutas y estrategias de trabajo para aprovechar los tiempos reales en que se puede incidir. También, conocer los medios de transporte y tiempos de traslados, clima y condiciones de los caminos, fiestas de la comunidad, etc.
3. Es importante y necesario trabajar con programas de promoción de la salud que sean integrales, transversales, prácticos y que contemplen variables que se refieran al contexto. Esta investigación tuvo el gran acierto de llevar a cabo un proceso sistemático de adaptación de los materiales y contenidos a la población en la que se iba a trabajar. Aún así, la barrera del idioma (que más que ser el náhuatl o el ñahñuh un problema lo era el español) influyó en el desarrollo de las actividades requeridas en los materiales y, en ocasiones, en lograr el objetivo de las visitas de seguimiento. Por otro lado, el programa de habilidades para la vida y la salud se forma con la base de ser un programa integral, es decir, que se incluya tanto a docentes y alumnos, como a los miembros de la comunidad. Sobre todo, es un programa cuyas actividades están basadas en la realidad del contexto para que puedan ser fácilmente aplicables y adoptables.
-

4. El programa de Habilidades para la vida y la salud, aunque perfectible, es un buen acercamiento a la forma de plantear la aplicación de programas que promuevan la salud en comunidades rurales e indígenas. Sobre todo, resaltando la estrategia de acompañamiento y seguimiento a los docentes durante la aplicación del programa, el trabajo compartido con las instituciones, la presencia constante de quien opera el proyecto en las escuelas, etc.
  5. Sin embargo, se debe considerar reorganizar y rediseñar la evaluación del proyecto. Es necesario utilizar instrumentos y diseños de evaluación con mayores cualidades psicométricas y complementarles con evaluaciones cualitativas para una evaluación más cercana a la realidad y más integral. Además, ampliar los tiempos de evaluación del programa. En esta investigación, solo se abarcan dos años de evaluación. Con un periodo de tiempo más amplio podrían observarse resultados más reales.
  6. Aunque el programa “Yo quiero, Yo puedo” (Pick y Givaudan, 1996) ha sido aplicado y evaluado en otras ocasiones, es importante no olvidar que esta es la primera vez que se aplica este programa en medio rural, dando como resultado el programa “Habilidades para la vida y la salud”. Con ello debemos resaltar que siendo su primera evaluación, se de el justo valor a lo encontrado y se puedan hacer las modificaciones pertinentes a través de la revisión de la metodología e instrumentación, además de los contenidos, diseños y formas del programa.
  7. Los programas que se implementan en conjunto con Instituciones gubernamentales deben asegurarse de: a) que el objetivo queda claro a todos los que participan en el proyecto (incluyendo todos los niveles de aplicación), b) sensibilizar de la importancia del programa a todos los que participen de el, c) involucrar a quienes van a participar desde la estrategia del diseño y aplicación, en la medida de lo posible, d) Utilizar la cooperación
-

como estrategia. Según Bond y Hauf (2004), quienes se encargan de desarrollar un programa de promoción de la salud deben ocuparse de las necesidades de diferentes recursos y no centrarse en los económicos. En este sentido, y basado en mi experiencia trabajando en este proyecto, me parece que se debiera adoptar un enfoque de cooperación entre las instituciones que trabajan en él, más que uno de competencia a ver quién saca más dinero o quién pone más o menos. Estos problemas con lo económico dificultaron en mucho el desarrollo adecuado del proyecto.

8. La autoeficacia y, conceptos similares, ha demostrado ser (según una inmensa cantidad de literatura al respecto, ver capítulo IV) un buen predictor de la adquisición y mantenimiento de conductas, en particular, aquellas que tienen que ver con la promoción de la salud. En esta investigación, se confirma esta relación entre autoeficacia y conducta. Sin embargo, es importante replantear el diseño de evaluación para fortalecer los resultados y de diseñar actividades y estrategias más concretas y específicas para el desarrollo de la autoeficacia en niñas y niños, incluyendo a los docentes.
  9. Finalmente, se espera que esta investigación sirva como base, guía, comparación y motivación para desarrollar proyectos de investigación comunitarios que busquen la mejora de las condiciones de vida y salud de la población que vive en zonas rurales e indígenas y pueda aportar elementos nutritivos para el futuro de la investigación sobre promoción de la salud.
-

## Sugerencias.

- Realizar un diseño de evaluación más real (tomando en cuenta características particulares de la población, distancia de las comunidades, y medios de acceso a ellas), con mejores instrumentos, a mayor plazo y que incluya aspectos cualitativos.
  - Reestructurar los contenidos de los materiales para que se abarquen las conductas y conocimientos meta durante todo la aplicación del programa y no solo una vez.
  - Involucrar a la comunidad, autoridades de nivel medio (directores, jefes de sector, supervisores), docentes y alumnos en el desarrollo del proyecto.
  - Elaborar estrategias de cooperación entre instituciones.
  - En las capacitaciones para los docentes, incluir estrategias motivacionales hacia ellos que no tengan que ver con la remuneración económica (puntos curriculares, reconocimientos, etc.)
  - Mantener las visitas de acompañamiento y seguimiento a los docentes.
  - Para poder aplicar el programa en otras zonas rurales e indígenas, es necesario hacer las adaptaciones correspondientes al material y evaluarlo. O, hacer que la base central del programa (esto es, el enfoque en el desarrollo de la autoeficacia y las conductas saludables, y la metodología participativa con que se trabaja el programa) sea lo suficientemente sólida y flexible para que pueda ser llevado a cabo en cualquier lugar. Esto podría hacerse a través de modificar los materiales que sean más sencillos y no impliquen lecturas, más bien dibujos y reforzar el entrenamiento de los docentes.
  - Tomar en cuenta el calendario escolar y las actividades que se realicen en la zona escolar en particular durante el año al momento de planear la aplicación de las evaluaciones y la realización de visitas. También es necesario revisar las condiciones climáticas, debido a que en algunas zonas se dificulta el acceso o salida hacia las comunidades.
-



- Contar con un equipo amplio que sea mixto, es decir, un equipo local que facilite el acercamiento a la gente de la comunidad, que sepa el idioma local y costumbres, y otro que pertenezca a la organización que desarrolla el programa. Esto puede traer grandes beneficios al momento de realizar la evaluación.
-

## **Anexo 1.** Construcción del Instrumento de Autoeficacia general para niñas y niños.

**Objetivo:** Diseñar y validar un instrumento de medición de la autoeficacia general para niñas y niños

**Método:**

- I. Piloteo.

*Participantes:* 40 niños de 3º y 4º grado de primaria (2 rurales y 1 urbana)

*Muestreo:* No probabilístico intencional.

*Procedimiento:*

Se redactaron 53 reactivos basados en diferentes habilidades y contextos que tuvieran que ver con la autoeficacia para la promoción de la salud. Así, había reactivos que se referían a la toma de decisiones y solución de problemas en la escuela, o con los padres y los hermanos; otros se referían a la realización de conductas saludables, como elegir entre verduras y comida chatarra, hacer ejercicio regularmente, etc. La escala de respuesta era tipo Lickert con 5 opciones: (1= nada capaz, 5= muy capaz)

Se aplicaron los cuestionarios a los niños de manera grupal.

También se entregó el cuestionario a un grupo de expertos para que verificaran la pertenencia al constructo de cada uno de los ítems.

*Resultados:*

Los principales cambios que se hicieron fue la redacción de los reactivos. En un primer momento estuvieron redactados de la siguiente forma: ¿Qué tan capaz te sientes de ...? Y se contestaban con 1= nada capaz, 2= poco capaz, 3= más o menos capaz, 4= capaz y 5= muy capaz. Sin embargo, el significado de la palabra capaz, no quedaba claro, principalmente a los niños que viven en las comunidades rurales, por lo que se buscó encontrar una frase que fuera más sencilla, pero que implicara lo mismo. Se modificaron a: ¿qué tan bueno eres para ...? Con las opciones de respuesta 1= nada bueno, 2= poco bueno, 3= regular, 4= bueno, 5= muy bueno.

Otra modificación importante fue la utilización de elementos iconográficos para ayudar a diferenciar un nivel de la escala de otro más elevado. Se utilizaron representaciones gráficas de una cara en diferentes tamaños según el nivel del que se tratara.

## II. Obtención de la confiabilidad del instrumento.

*Participantes:* 200 niños de 4º grado de primarias rurales del estado de Hidalgo. Las edades iban de 9 a 12 años, con una media de 9.9 años. 104 eran niñas y 96 niños.

*Muestreo:* no probabilístico intencional. Los niños pertenecían a la población con la que se trabaja el programa de Habilidades para la vida y la salud (Pick y Givaudan, 2003).

### *Procedimiento:*

Se aplicó el cuestionario en escuelas primarias rurales de la Sierra y Huasteca Hidalguense. Se aplicó de manera grupal y se les indicó que omitieran su nombre pues los datos eran anónimos. Se les dijo que no había respuestas buenas ni malas y que solo nos interesaba su opinión. Los cuestionarios fueron aplicados por personal capacitado y con experiencia en la aplicación de instrumentos de medición en estas zonas.

Se capturaron los datos y se obtuvieron los puntajes descriptivos y psicométricos.

### *Resultados:*

Primero se realizó un análisis de frecuencias para verificar la limpieza de errores en la captura. Después se llevó a cabo un análisis factorial sin rotación. En éste, se obtuvo el índice de Kaiser (.611) el cuál señaló que la matriz es factorizable. En este primer análisis observamos que todos los reactivos tenían comunalidades por arriba de .45, así que entraron en su totalidad al análisis. Acto seguido, se realizó un análisis factorial con rotación

ortogonal y se obtuvieron 3 factores que utilizaron solo 29 de los 53 reactivos probados. La varianza explicada de estos tres factores fue de 23.3%.

Después se obtuvo la confiabilidad utilizando el Alpha de Cronbach por factor y por el total de la escala. El índice de confiabilidad de la escala en total fue:  $\alpha = .81$ .

Tabla 1. Composición del factor de Asertividad.

Factor $\alpha = .80$	Definición del factor	Reactivos	Peso factorial	$\bar{X}$
Asertividad	Se refiere a la creencia en la propia capacidad para expresar opiniones, pensamientos y emociones, así como a defender sus derechos ante los demás.	12. ¿qué tan bueno eres para decirles a tus amigos que NO quieres hacer lo que ellos te piden?	.449	2.75
		13. ¿qué tan bueno eres para decirle a tus amigos que NO quieres fumar?	.689	
		14. ¿qué tan bueno eres para decirle a tus amigos que NO quieres tomar bebidas alcohólicas?	.792	
		17. ¿qué tan bueno eres para hacer amigos de tu mismo sexo?	.382	
		20. ¿qué tan bueno eres para expresar tus opiniones aunque los demás no estén de acuerdo?	.498	
		21. ¿qué tan bueno eres para defenderte cuando sientes que te están tratando injustamente?	.623	
		22. ¿qué tan bueno eres para enfrentarte a situaciones donde los demás lastiman tus sentimientos?	.604	
		23. ¿qué tan bueno eres para mantenerte firme cuando alguien te pide algo que consideras inadecuado?	.514	
		24. ¿qué tan bueno eres para decirle que no a un adulto que te pide algo que no quieres hacer?	.711	
		25. ¿qué tan bueno eres	.670	

para decir que no a un amigo/a que te pide algo que no quieres hacer?

Tabla 2. Composición del factor de Solución de problemas.

<b>Factor</b> $\alpha = .69$	<b>Definición</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Peso factorial</b>	<b>X</b>
Solución de Problemas	Se refiere a la creencia en la capacidad propia para solucionar problemas en diversos escenarios y con personas distintas.	3. ¿qué tan bueno eres para pedir ayuda a algún adulto cuando tienes problemas en tu escuela?	.463	3.35
		28. ¿qué tan bueno eres para pedirle a tus hermanos que te ayuden cuando tienes un problema?	.506	
		31. ¿qué tan bueno eres para pedirle a la gente de tu comunidad que ayude a mantenerla limpia?	.428	
		38. ¿qué tan bueno eres para solucionar algún problema escolar?	.677	
		39. ¿qué tan bueno eres para solucionar algún problema con tus compañeros/as?	.668	
		40. ¿qué tan bueno eres para solucionar algún problema que tengas con tus papás?	.444	
		41. ¿qué tan bueno eres para solucionar algún problema que tengas con tus hermanos/as?	.481	
		48. ¿qué tan bueno eres para comer frutas y/o verduras todos los días?	.568	
		49. ¿qué tan bueno eres para tomar agua en vez de refresco?	.484	
50. ¿qué tan bueno eres para alimentarte sanamente?	.435			

Tabla 1. Composición del factor de Autoregulación

<b>Factor</b> $\alpha = .64$	<b>Definición del factor</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Peso factorial</b>	<b>X</b>
Autoregulación	Es la creencia en la capacidad propia para iniciar y mantener conductas que requieren consistencia en su realización.	6. ¿qué tan bueno eres para planear tus tareas?	.538	3.83
		10. ¿qué tan bueno eres para hacer ejercicio regularmente?	.411	
		11. ¿qué tan bueno eres para aprender algunos deportes (por ejemplo: natación, básquetbol, volibol, etc.)	.458	
		19. ¿qué tan bueno eres para trabajar en equipo?	.495	
		32. ¿qué tan bueno eres para	.578	

---

cuidar tu salud tu mismo/a?	
36. ¿qué tan bueno eres para lavarte las manos antes de comer?	.594
37. ¿qué tan bueno eres para recoger la basura de tu escuela, casa o comunidad?	.573
47. ¿qué tan bueno eres para decidir qué quieres estudiar?	.494
1.¿qué tan bueno eres para pedir ayuda a algún compañero/a cuando no entiendes algo?	.414

---

*Discusión:*

Los datos del presente estudio indican que el cuestionario de Autoeficacia para niños tiene una composición tri factorial. Los factores fueron nombrados como: asertividad, solución de problemas y autorregulación. Otros instrumentos que miden autoeficacia general (Children's Perceived Self-efficacy Scale, Bandura, (1990) también son organizados en tres factores, aunque su composición es diferente: académica, social y autoregulatoria (Carrasco y Barrio, 2002). Aún cuando se agrupan de manera diferente, el cuestionario de autoeficacia para niños incluye reactivos que evalúan la autoeficacia académica, aunque está repartida en los tres factores. Los otros dos factores (la asertividad y el autoregulatorio) podrían ser equiparables con los factores reportados en otros estudios como social y autoregulatorio. Probablemente la diferencia entre los tres factores encontrados en este estudio comparado con otros se deba solo a la manera de nombrarlos pues en su composición los reactivos son similares. La distribución de los reactivos del cuestionario de autoeficacia para niños en factores corrobora la naturaleza multifactorial de la autoeficacia (Bandura, Barbaranelli, Caprara & Pastorelli, 1996).

La varianza explicada por los tres factores es de 27%. Este porcentaje es más bajo que los reportados por otros instrumentos de autoeficacia general como Carrasco y Barrio (2002) o Chen, Gully y Eden (2001) que reportan porcentajes de entre 40 y 45% respectivamente. Una de las razones de poca explicación de varianza de este instrumento podría ser la exclusión de más de 20 reactivos de la escala original lo que baja el poder explicativo del instrumento.

La confiabilidad total de la escala es de .81. La confiabilidad de las 3 subescalas es de .80, .69 y .64, respectivamente.

Bandura, (2001), señala que la mejor manera de medir la autoeficacia es hacer mediciones de ésta para campos específicos. Sin embargo, también menciona que la creencia en la habilidad para llevar a cabo nuevas actividades puede ser generalizable a través de diferentes retos. Sobre todo cuando la adquisición de habilidades es estructurada socialmente para que habilidades para distintas conductas sean aprendidas en conjunto (Bandura, 2001). En este sentido, la pertinencia de un cuestionario de autoeficacia general es justificable, ya que se utilizará en poblaciones donde se trabaja un programa de adquisición de diferentes habilidades.

### *Conclusión*

La autoeficacia general es uno de los resultados que se busca obtener a través de la aplicación del programa de habilidades. En el modelo, es el resultado final de la combinación de la autoeficacia específica y la realización de conductas. De acuerdo con Shelton (1990) la autoeficacia general emerge de las experiencias de éxito y fracaso a través de diferentes áreas de desempeño. Para evaluarla, era necesario contar con un instrumento que permitiera obtener el nivel de autoeficacia general en niños que vivieran en comunidades rurales. Aunque existen instrumentos de autoeficacia para niños, la mayoría de ellos están en inglés y están enfocados en poblaciones urbanas (Carrasco y Barrio, 2002). El Cuestionario de Autoeficacia General para Niños tiene la relevancia de ser un instrumento en español dirigido a la población infantil, que cuenta con características psicométricas aceptables para su aplicación. A diferencia de otros instrumentos que encuentran un único factor sobre la autoeficacia general (Bäßler y Schwarzer, 1996; Chen, Gully y Eden, 2001), el cuestionario de Autoeficacia General para niños comparte la distribución trifactorial de otros instrumentos de Autoeficacia General (Carrasco y Barrio, 2002; Chen, Gully y Eden, 2001), lo que podría deberse a una falta de acuerdo en el concepto de autoeficacia general y lo que abarca ésta. Sería necesario evaluar si realmente miden el mismo constructo o están refiriéndose a otro u otros constructos relacionados. Más adelante, se obtendrán los resultados de

---

la comparación de este instrumento con el de Autoeficacia General de Bäßler y Schwarzer (1996) lo que ayudará a clarificar las propiedades psicométricas de nuestro instrumento.



## **Anexo II. Relatoría de trabajo de campo**

Lugar: Estado de Hidalgo

Etapa comprendida: 2002-2006

Introducción.

El presente trabajo formó parte de un proyecto de investigación más amplio llamado “Desarrollo Integral Comunitario”<sup>1</sup> que diseñó e implementó, junto con instancias gubernamentales del estado de Hidalgo, IMIFAP, A.C. El proyecto comenzó en el año 2002 y tenía como duración proyectada, cinco años. Dicho proyecto tenía como objetivo general el promover el empoderamiento de niños, niñas, mujeres y hombres en el estado de Hidalgo para mejorar sus condiciones de salud en general. El trabajo de tesis, aquí detallado, se centró en el trabajo realizado con los docentes y los niños y niñas de diferentes zonas, rurales y urbanas del estado. En este sentido, se requirió de acercamientos a las diferentes comunidades que participaron en el proyecto para realizar los talleres de capacitación a docentes, la aplicación de instrumentos de evaluación, la entrega de materiales y las visitas de acompañamiento. Estos acercamientos brindan información adicional y contextual para el entendimiento de los procesos y resultados que se obtuvieron en la presente investigación. Debido a ello, se documenta de manera breve la experiencia, propia y del equipo que participó en el proyecto, del trabajo de campo llevada a cabo durante cuatro años en dicho proyecto. Las regiones del estado que se abarcaron fueron la región Huasteca, la Sierra, el valle del Mezquital, la zona urbana y la Sierra Otomí Tepehua.

Talleres de capacitación para docentes

Los primeros talleres se realizaron a principios del ciclo 2002-2003. Los docentes que participaron pertenecían al sector de primaria general y al de primaria indígena o bilingüe del estado de Hidalgo. Las capacitaciones se llevaron a cabo durante un mes en las diferentes zonas del estado y se realizaban en las cabeceras municipales más importantes de las zonas abarcadas: Huejutla, Pachuca, Tulancingo, Tenango de Doria, Huehuetla,

---

<sup>1</sup> Proyecto financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas

Zimapan, Tlahuiltepa y Atlapexco. Se capacitaron a 500 docentes en total. Estos talleres merecen mención especial debido a que fueron el primer contacto con las y los docentes y se hizo necesario el romper las barreras intrínsecas que traían: los habían enviado al taller sin explicarles el tema ni el objetivo de que se trataba, les sacaron una semana de su escuela/comunidad (ej: muchos comentaron que la gente de la comunidad estaba molestando pues en el año tenían muchas salidas de este tipo y no los querían dejar ir) y, además, las sedes estaban tan alejadas que les representaban gastos extra de comida y transporte. Poco a poco fueron bajando sus resistencias debido a la naturaleza del taller (vivencial, personal), a las habilidades de las y los facilitadores y, finalmente, a que en los talleres se les cubrió las comidas y se les apoyó para el transporte. Al final del taller se les entregó una carta compromiso para trabajar el programa, al menos, durante los siguientes cinco años. Todos firmaron. Se les dijo que se les iban a entregar los materiales en sus escuelas para que comenzaran a trabajar.

En este primer encuentro, uno de los aspectos que los enganchó al programa fue el taller mismo, pues en las evaluaciones expresaron su agradecimiento por el trato y los temas abordados (habilidades sociales, emociones, sexualidad) pues no es común que reciban este tipo de capacitaciones y en las visitas de acompañamiento lo reforzaron. Este primer año marcó un precedente para los años siguientes, pues, al bajar la población de docentes en el siguiente año (debido a procesos de jubilación, cambio de escuelas y comunidades, deserción, etc.) quienes ya habían participado motivaron a quienes se iban a incorporar y permitió que los siguientes talleres fueran más enriquecedores.

Al siguiente año (ciclo escolar 2003-2004), se llevaron a cabo talleres de actualización para los docentes que continuaron participando en el proyecto, y de capacitación para quienes se incorporaron en este ciclo. En el tercer año (ciclo escolar 2004-2005), debido a situaciones políticas e institucionales, descritas más adelante, los talleres de capacitación y actualización se realizaron hasta finales del ciclo escolar y con una modalidad de 8 horas, llamados de recuperación. El objetivo principal de estos talleres fue crear un espacio de expresión de enojo y resentimiento por la tardanza en las

capacitaciones, el reforzamiento de temas clave para el programa y la motivación a la continuidad del trabajo.

Lo sucedido con los talleres en los siguientes ciclos escolares (2005-2006 y 2006-2007) se encuentra documentado en los reportes anuales y parciales del proyecto que realizó IMIFAP, A.C. Por razones académicas, mi colaboración en IMIFAP terminó en septiembre de 2005. Sin embargo, para la conclusión de la evaluación correspondiente con el trabajo de tesis hubo coordinación con las visitas de acompañamiento de esos ciclos escolares.

El primer encuentro: Entrega de materiales y aplicación de cuestionarios.

En el primer año de su aplicación (año escolar), se realizó el piloteo de los instrumentos para evaluar el proyecto<sup>2</sup>. Aunque algunos miembros del equipo ya conocían diferentes zonas del estado, pues habían participado en los primeros talleres que se dieron a los profesores, no todos estuvieron en las mismas zonas, por lo que fue un viaje exploratorio. La organización fue en parejas destinadas a distintas zonas y las enseñanzas de ese viaje fueron las siguientes:

1. Tomar en cuenta la situación política del estado. El domingo en el que se inició el recorrido a las diferentes zonas, fue día de elecciones municipales en el Estado. Eso enrareció el ambiente, la gente andaba con más cuidado que otras veces y más suspicaz con quienes no eran de la comunidad. Sobre todo en la zona de la Huasteca, caracterizada por la radicalización política que se vive en las comunidades. En una de ellas, donde se tenían que entregar libros a docentes, no se permitió la entrada de las compañeras ni los materiales y existía un rumor de que había habido un muerto por esa zona.
2. Averiguar antes, en lo posible, de las condiciones de caminos y medios de transporte, así como el clima de la zona que se va a visitar. En este primer contacto, se desconocía lo anterior, por lo que hubo dificultades para lograr el objetivo. Sobre todo en las zonas más alejadas. Además, cargamos casi 300 libros por pareja, más los instrumentos de evaluación, lo cual dificultó más el acceso. En algunas zonas del

---

<sup>2</sup> Batería de pruebas para el medio rural de 3° a 6°

estado, algunas compañeras quedaron varadas a la mitad de un camino de terracería, sin nada alrededor, y tuvieron que esperar un camión que las llevara al municipio más cercano, sin conocimiento real de los horarios de dicho camión y con una caja de libros a cuestas.

3. Contactar previamente a los jefes de sector y/o supervisores, pues pueden facilitar el acceso o avisar a las escuelas de las visitas.

## Visitas de acompañamiento y aplicación de instrumentos de evaluación

### *Primer año*

Como parte del proyecto estaban las visitas de acompañamiento a las y los docentes durante la aplicación del programa. En el primer año se realizaron dos visitas de acompañamiento a cada docente. La población de docentes era de 465 profesores, aproximadamente (debido a las bajas por jubilación o cambio de escuelas), en todo el estado. Para realizar esta actividad, la coordinación estuvo dividida en 5 zonas. Cada pareja se encargó de una zona. Debido a que el trabajo de tesis que se describe se localizó en la zona de la Huasteca, se describirá la experiencia de acompañamientos en esa zona durante ese ciclo escolar.

Las visitas de acompañamiento en ese año duraron de febrero a junio de 2003. En la zona de la Huasteca se visitaron a 160 profesores que estaban distribuidos por nueve municipios del estado de Hidalgo. A continuación se describen los factores que facilitaron las actividades y, en seguida, los que la obstaculizaron.

1. El contacto directo con los jefes de sector y los supervisores. En la zona de la Huasteca se contó con el apoyo de cuatro jefes de sector, tres pertenecían al sector de primaria indígena y uno al de primaria general. Todos, en mayor o menor grado, facilitaron el acceso a las comunidades (ej. transportarnos en su camioneta, mandar a alguien para que nos acompañara o darnos instrucciones precisas de cómo llegar). Esto facilitó muchísimo el llegar a las comunidades pues todas están, al menos, a una hora de distancia del municipio de Huejutla, lugar de

donde se comenzaba el recorrido. Además, facilitaban que las escuelas prepararan recibimientos cálidos debido a, aunque no exclusivamente, la presencia del jefe de sector y, permitían la realización de las actividades sin ningún problema.

2. Debido a que casi todos los maestros que se visitaron habían tomado las capacitaciones, estaban sensibilizados ante la importancia de implementarlo y, agradecidos por las visitas que se realizaban pues, como ellos decían, pocos programas hacían este seguimiento. La mayoría solo los capacitaba y nunca volvían a hacer seguimiento del trabajo, salvo a través de reportes escritos. Esto contribuía a que aplicaran el programa con motivación.
3. Los niños, niñas, y miembros del comité de padres de familia de la escuela, prepararon recibimientos con mucha calidez, permitiéndonos hacer las actividades y acompañando nuestra estancia, en la mayoría de los casos.

#### Factores obstaculizadores.

1. El clima. La zona de la Huasteca es una zona con clima semicálido húmedo, con temperaturas que pueden llegar hasta más de 40° C. Esto influyó en el rendimiento, pues el calor agotaba las reservas energéticas mucho antes de poder terminar la actividad.
2. Las distancias. Aún cuando se contó con apoyo de transporte por parte de los sectores, los tiempos de traslado hacían que las jornadas iniciaran muy temprano y terminaran muy tarde, y , cuando teníamos que hacer recorridos de varias escuelas en un día, que los tiempos efectivos de acompañamiento, se redujeran.
3. El transporte. En las comunidades rurales el transporte escasea y tiene horarios muy espaciados. Eso implicó dos cosas: iniciar la jornada muy temprano y apurar la realización de las actividades para alcanzar el transporte de regreso, o pagar viaje especial que nos llevara a la comunidad. Por otro lado, cuando la comunidad quedaba muy alejada y el transporte llegaba solo a cierto punto o no lo habíamos alcanzado, se

tuvo que caminar mínimo media hora para llegar a la comunidad bajo el clima descrito en el punto 1.

4. Las actividades extraescolares que tienen calendarizadas en la zona: concursos de canto de himno nacional, juegos magisteriales, concurso de matemáticas, etc. fueron de las razones que retrasaron y reprogramaron las visitas, pues al llegar a la comunidad no se encontraron ni a los maestros ni a los niños, pues habían salido a participar en esos concursos.
  5. Las fiestas comunitarias. Cada comunidad tiene su propia celebración y fiesta correspondiente. Como son fechas que se desconocían, algunas de las comunidades que se visitaron estaban en fiesta y habían suspendido clases por lo que no se encontraron a maestros ni a niños. Esto sucedió varias veces, independientemente de que se hubiera avisado de la visita previamente.
  6. Días de pago. Los días de quincena, los maestros de las comunidades alejadas salen el jueves y no regresan a la escuela o se van el viernes temprano, por lo que al llegar a la escuela no hubo nadie que nos recibiera.
  7. Resistencias de los maestros a la actividad. Aún cuando la mayoría de los docentes salieron sensibilizados ante la importancia de la aplicación del programa, las visitas de acompañamientos les parecían una evaluación más que un aporte a su trabajo. Por eso mismo, algunos docentes mostraron actitudes de rechazo, descalificación e incluso agresión hacia nuestro trabajo. Esto dificultó el clima de las retroalimentaciones, pues su objetivo era mejorar la aplicación del programa, no evaluarles.
  8. Exceso de carga de trabajo de los docentes. En muchas escuelas a las que visitamos, muchos docentes expresaron que tenían demasiados programas que llevar a cabo, para que, además, tuvieran que aplicar uno más. Esto, combinado con el punto anterior, se tradujo en que no aplicaran el programa de manera adecuada, trabajando los contenidos sin seguir la metodología o bien, dejando el programa para el final del ciclo escolar y aplicándolo en una o dos semanas.
-

### *Segundo año.*

Para el segundo año de acompañamientos, la estrategia cambió. En lugar de tener coordinadores de zonas para realizarlos, los acompañamientos a todo el estado se hicieron con un equipo de diez personas que abarcaron cada una de las zonas al mismo tiempo. Se contrató una camioneta y a una persona que condujo en todas las zonas. Se planearon los acompañamientos en conjunto con los jefes de sector y supervisores, utilizando los contactos creados el año anterior y el conocimiento que cada equipo adquirió de su zona de coordinación. Así, se trazó un mes continuo de viaje al estado de Hidalgo donde se cubrieron casi 450 visitas de acompañamiento. La diferencia con el año anterior fue que solo se hizo una visita en lugar de las dos que se realizaron antes.

### Factores facilitadores del trabajo.

1. La experiencia del año anterior y los contactos logrados con los docentes, supervisores y jefes de sector. Debido a que cada par de coordinadores de zona mantuvo un contacto estrecho con docentes, supervisores y jefes de sector correspondientes, se pudieron establecer redes de ayuda para llegar a los municipios, comunidades y escuelas. Además, el conocimiento del estado de los caminos, transportes, y horarios permitió hacer rutas más eficientes para llegar a las escuelas a tiempo.
2. La camioneta fue una gran ayuda pues se dependía, principalmente, de la organización propia para trazar los horarios y no del transporte de cada comunidad. Esto permitió abarcar escuelas que estuvieran en la misma ruta de manera más eficiente.

### Factores obstaculizadores:

1. Este año los talleres de capacitación se llevaron a cabo en octubre, noviembre y diciembre y hubo un atraso en las actividades de acompañamiento debido a factores externos a la organización. Sobre todo, la liberación de los recursos y los diferentes escalones de la burocracia en la SEP, fue lo que retrasó las actividades. Por esta razón,

los docentes se mostraron enojados y, hasta inconformes con la ausencia marcada de IMIFAP en el programa, a comparación del año anterior (aún cuando la responsabilidad no recaía en el instituto). Esto dificultó la realización de las visitas en algunos casos.

2. El clima. Por la temporada del año en que se realizaron las visitas (mayo y junio) tocó clima húmedo en la mayor parte del estado. Esto influyó directamente en el estado de las carreteras, pues, al ser de terracería, se vuelven imposibles de transitar. Lo anterior dio como resultado atrasos y cambios en las rutas planeadas y atrasaron el calendario. Además, se puso en riesgo nuestra seguridad personal, pues en muchas ocasiones las carreteras están junto a barrancos, llenas de curvas, en plena oscuridad y sin auxilio cercano.
3. Las distancias y la dificultad de acceso a algunas comunidades. Sobre todo en la zona de la Sierra otomí-tepehua, no hay acceso por carretera a muchas de las comunidades, por lo que la camioneta se acercaba hasta donde se pudo y de ahí caminamos, como mínimo, dos horas para cada comunidad. Este esfuerzo físico, combinado con el clima, lo solitario de los caminos y que nuestra presencia era extraña e intrusiva a las comunidades generó un ambiente de inseguridad, pues la posibilidad de sufrir algún accidente o percance y la lejanía de lugares o personas para auxiliarnos estaba continuamente presente.
4. Los movimientos internos del sector docente hacia diferentes comunidades, jubilación o cargos sindicales. Muchos de los maestros que habían participado en los talleres cambiaron de sede o se jubilaron o fueron electos delegados sindicales, por lo que hubo varias bajas en el padrón de docentes y dificultó las visitas, pues al ser de recién ingreso el docente suplente, se dificultaba la retroalimentación
5. Las resistencias de algunos maestros, que se negaron a aplicar el programa, por lo que los acompañamientos en algunos casos no pudieron realizarse.
6. Cansancio prolongado. Cuatro semanas de trabajo continuo, con regresos al DF solo de viernes y sábado, (el domingo se utilizó para traslados a comunidades), terminó con la entereza física y emocional del equipo, que el último día de acompañamientos regresó con la moral baja



y el cansancio en todo el cuerpo. Cuando se volvió a la oficina, fue difícil retomar el trabajo, pues traíamos auestas todo lo vivido, sentido y padecido y no hubo un espacio donde verterlo salvo en quienes lo habían compartido. Sobre todo, encontramos en la institución un clima de indiferencia ante nuestras vivencias, solo importando los resultados obtenidos.

### *Tercer y cuarto año*

A pesar del esfuerzo que se hizo para cumplir en tiempos razonables la entrega de materiales, la realización de los talleres y las visitas de acompañamiento, el ambiente político y administrativo del estado de Hidalgo nos lo impidió, alargando todavía más la espera que en el año anterior. En ese año, (2005), se llevaron a cabo las elecciones a gobernador del estado, y el cambio de poderes llevó consigo el retraso de las actividades, pues se tuvo que volver a presentar el proyecto al secretario de educación y de salud, esperar la autorización del ejercicio del presupuesto y el reinicio de las actividades. Este retraso tuvo como consecuencias que los materiales (libros y cuadernos de trabajo) se imprimieran ya muy avanzado el año escolar, que los talleres, que se llevarían a cabo a inicios del ciclo, se realizaran hasta finales del ciclo y que las visitas de acompañamiento y evaluación de ese año se realizaran hasta principios del siguiente año escolar. En particular, lo referente a la evaluación afectó directamente el periodo de medición de este trabajo en específico, pues la evaluación PRE del segundo año se retrasó y, a su vez, la evaluación POST. Ambas se retrasaron casi un año.

Al interior de IMIFAP, también ocurrieron cambios que influyeron el desarrollo de las actividades. Por diferentes motivos, más de la mitad del equipo que había colaborado en la realización de talleres, evaluación y visitas de acompañamiento, se despidió de la organización, por lo que hubo la necesidad de capacitar a nuevos integrantes para cubrir estas ausencias.

Factores que facilitaron el trabajo.

- La experiencia previa de climas, caminos, tiempos, etc. Permitió la organización de manera más eficiente para la realización de los acompañamientos y aplicación de evaluaciones.

- La camioneta, en algunas zonas.
- Esta vez, solo se hicieron acompañamientos a los docentes que pertenecían a la muestra a evaluar y no a la población total.

Factores que obstaculizaron el trabajo.

- El retraso de las actividades. No solo afectó en cuanto al ritmo del trabajo y el diseño de aplicación y evaluación del proyecto, también influyó en el ambiente percibido por parte de los docentes. Éstos se mostraron incrédulos, decepcionados y, hasta enojados, por los retrasos. Incluso, algunos creyeron que ya se iban a realizar las visitas y dejaron de aplicar el programa. Esto último puede reflejar, de cierta forma, el propio compromiso y la apropiación del programa por parte de los docentes, pues al parecer solo si estaba la organización presente lo aplicaban, si no, pues lo dejaban de lado, cuando uno de los objetivos era que se continuara trabajando, independientemente de la presencia de la organización. Este clima de tensión impidió la realización de las visitas con la fluidez con que se realizaron las anteriores y vició, de cierta forma, las observaciones y la retroalimentación.

Otros factores obstaculizadores observados a lo largo de estos cuatro años de trabajo.

- El nulo o poco involucramiento de las autoridades educativas de nivel medio, específicamente de los jefes de sector, supervisores, asesores técnico-pedagógicos y directores. En aquellos lugares en los que las autoridades y los docentes se habían comprometido con el programa, los talleres resultaron un espacio de reflexión e intercambio de experiencias, mientras que en aquellas zonas y escuelas en las que las autoridades hubo desinterés, incluso no pudieron ni organizarse los talleres. Así mismo, las visitas de acompañamiento y la aplicación del programa, se vieron afectadas por esta falta de interés o involucramiento, pues en aquellas comunidades o zonas en las que las autoridades estaban involucradas el programa se desarrolló con éxito y conforme a lo establecido y las visitas de acompañamiento se realizaron sin ningún problema y, en muchas
-

ocasiones, con apoyo de las autoridades para llegar a los centros de trabajo.

- El sistema de escuela multigrado. En las zonas más alejadas del estado, las escuelas tienen una matrícula pequeña. En esos casos, las escuelas son organizadas con grupos multigrado, que pueden ser que un maestro se encargue de dos grados escolares al mismo tiempo o de tres, o de los seis y, además, ser el director de la escuela. Más que ser un obstáculo para la aplicación adecuada del programa, lo fue para quien realizaba las visitas de acompañamiento. Esto debido a que se tenían que realizar observaciones de dos diferentes actividades dirigidas a distintos grados escolares. Sin embargo, esto solo fue una dificultad en el primer año, debido a la sorpresa. En los subsecuentes, no hubo ningún problema.

#### Lecciones aprendidas

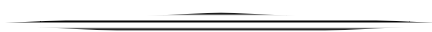
El trabajo de campo realizado en este proyecto fue duro, arduo, con muchas sorpresas en el camino y, sin embargo, fue la mejor parte del trabajo. Conocer directamente a quienes iban a aplicarlo, a quienes iban a recibirlo, y a las comunidades donde se trabajó, con sus ventajas y posibles desventajas, nos permitió hacer análisis y conclusiones mucho más cercanos a la realidad, que si solo lo hubiéramos hecho desde el escritorio. Aprendimos muchísimo, sobre la cultura y costumbres de cada una de las comunidades, las formas de vida y de transporte, los caminos, el clima, los peligros, etc. Y con base en todo ello, aquí están las lecciones aprendidas:

- Conocer, lo más profundamente que se pueda, las condiciones climáticas y de caminos de las zonas en las que se va a trabajar, para tomar en cuenta tiempos y distancias en la planeación de actividades.
  - Hacer contacto directo, además del oficial (es decir, instancias de la SEP o SSA o de la institución con la que se trabaje), con las escuelas para acordar fechas de visitas y horarios y formas de llegada.
  - Realizar un trabajo de motivación e involucramiento exhaustivo con las autoridades a nivel medio, directivos y docentes de las escuelas a participar
-

para que se conviertan en agentes promotores del programa más que en obstaculizadores del mismo.

- Conocer el calendario de eventos artísticos, culturales, deportivos y sociales de las escuelas y comunidades a visitar.
- No arriesgar la seguridad, la salud ni la vida por alcanzar un objetivo de investigación. Sobre todo si no se cuenta con el respaldo ni de un seguro médico ni de la institución.
- Realizar entrenamiento físico previo a las visitas de acompañamiento y evaluación.
- Contar con capacitación en primeros auxilios para enfrentar cualquier eventualidad en las comunidades.
- Contar con equipo de campismo, mochilas adecuadas, zapatos, sleeping, etc. Estos últimos dos puntos debieran preverse desde la institución que organiza el trabajo en campo, más que individualmente.
- Conocer y reconocer las habilidades y los límites propios para realizar este tipo de trabajo, pues sobrepasarlos puede afectar no solo el trabajo en sí, sino la estabilidad física y emocional tanto del individuo como del equipo que lo acompaña.

El trabajo de campo directo en las comunidades elegidas representa una de las experiencias más reconfortantes, enriquecedoras y duras del trabajo comunitario. Debido a ello, nos parece sumamente importante realizarlo tomando en cuenta todo lo anterior para que sea una verdadera fuente de significados y conocimientos y no una tortura por la que se debe de pasar.



### XIII. Referencias.

- Abraído-Lanza, A., Vásquez, E., y Echeverría, S. (2004). En las manos de Dios (in God's hands): Religios and other forms of coping among latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 91-102.
- Achenbach, T. M. (1982). *Developmental Psychology* (2<sup>nd</sup>. Ed.). New York: Wiley.
- Adler, N. E., y Matthews, K. A. (1994). Health and psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Reviews of Psychology*, 45, 229-59.
- Aguilar, E. (1987). *Asertividad: Sé tú mismo sin sentirte culpable*. México: Pax.
- Albarracin, D., Jonson, B., Fishbein, M., y Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Althaus, F. (1990). Knowledge of HIV risks does not always prompt safer sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 22(6), 277-278.
- Amirkham, J. H., Risinger, R. T., y Swickert, R. J. (1995). Extraversion: A „hidden“ personality factor in coping. *Journal of Personality*, 63, 189-212.
- Bandura, A. (1996). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Anaya, C., y Pick, S. (en prensa). Construcción y validación de un instrumento de autoeficacia para niños. *Revista Mexicana de Psicología Social y Personalidad*.
- Anastasi, A., y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. (7<sup>a</sup> ed). México, DF: Prentice Hall.
- Anderson, J., y Kann, L. (1990). HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. *Family Planning Perspectives*, 22(6), 252-255.
- Ayala, H., Téllez, G., y Gutiérrez, L. (1994). Análisis del establecimiento de estilos instruccionales en padres de familia como estrategia de intervención en problemática conductual infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 11 (1).
- Azrin, N., y Besalel, V. (1973). *Job Club Counselor's manual: A behavioral approach to vocational counseling*. Baltimore: University Park Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997), *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: Freeman and Company.
-

- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bandura, A. (2001). *Guide for constructing self-efficacy scales*. Consultada en junio 2004, en: <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/banduraguide.html>.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G., y Pastorelli, C., (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academia functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.
- Bandura, A., y Shunk, D. (1981). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 941-951.
- Bandura, A., y Wood, R. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Barragán, L. (1998). *Un modelo de consejo marital basado en la Aplicación de Estrategias de Solución de Conflictos y de Reforzamiento Recíproco*. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Barrera, M., y Chassin, L. (1995). Effects of parental alcoholism and life stress on Hispanic and non Hispanic Caucasian adolescents: a prospective study. *American Journal of Community Psychology*, 23, 479-507.
- Basen-Engquist, K., y Parcel, G.S. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: a modelo for adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19(2), 263-277.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., y Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Bäßler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Becker, M., Maiman, L., Kirscht, J., Haefner, D., y Drachman, R. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*. 18, 348-366.
- Berger, K.S., y Thompson, R.A. (1997). *El desarrollo de la persona desde la niñez hasta la adolescencia (4a. ed.)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Berk, L.E. (2003). *Child development (6<sup>th</sup> ed.)*. USA: Allyn and Bacon.
-

- Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M., y Dasen, P. (1992). *Cross cultural psychology. Research and applications*. USA: Cambridge University Press.
- Birrel, R., y Orley, J. (2005). *Mental health promotion in schools*. Recuperado en Abril 1 de 2005, desde [http://www.somenshealthsection.com/content/gyn/gynmh002\\_p.php3](http://www.somenshealthsection.com/content/gyn/gynmh002_p.php3)
- Birren, J., y Schaie, K. (Eds.). (1977). *Handbook of psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bischof, J. A., y Inderbitzen, H. M. (1995). Peer acceptance and friendship: An investigation of their relation to self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 15, 476-489.
- Bond, L., y Hauf, A. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: characteristics of effective programs. *The Journal of Primary Prevention*, 24(3), 199-221.
- Blaxter, M. (1990). *Health and life styles*. London: Tavistok/Routledge.
- Bloom, M. (1987). Toward a technology in primary prevention: Educational strategies and tactics. *Journal of Primary Prevention*, 8, 25-48.
- Bobvjerg, V. E., McCann, B. S., Brief, D. J., Follete, W. C., Retzlaff, B. M., y cols. (1995). Spouse support and long term adherence to lipid-lowering levels. *American Journal of Epidemiology*, 141, 451-460.
- Boss, V. (1998). *Promoting Resilience in Mexican Children. Theoretical Foundation and Evaluation of a School Program*. Tesis Doctoral.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., y Botvin, E. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G., Baker, E., Resnick, N., Filazzola, A., y Botvin, E. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviours*, 9, 137-147.
- Botvin, G., Eng, A., y Williams, C (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Journal of Preventive Medicine*, 9, 135-143.
- Botvin, G., Epstein, J., Baker, F., Díaz, T., Ifill-Williams, M., Miller, N., et al. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-19.
-

- Botvin, G., y Griffin, K. (2004). Life Skills Training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Botvin, G., Griffin, K., Paul, E., y Macaulay, A., (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child And Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 1-17.
- Braaten, L. S. (1996). Sexual dysfunction in sexually traumatized women. *Health Psychology*, 18(6),
- Bradley, R. H. (1993). Children's home environments, health, behavior and intervention efforts, a review using the Home Inventory as a marker measure. *Genetic and Social General Psychology*, 119, 437-490.
- Bray, S., Gyurcsik, N., Culos-Reed, S., Dawson, K., y Martin, K. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6(4), 425-434.
- Brehm, S.S. (1992). *Intimate relationships*. New York: McGraw-Hill.
- Broman, C. (1992). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 335-350.
- Bronfembrenner, U. (1979). *La Ecología del Desarrollo Humano*. España: Paidós.
- Bruene-Butler, L., Hampson, J., Elias, J., Clabby, J., y Schuyler, T. (1997). The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project. En G. Albee y Galotta, T. (Eds.), *Primary prevention works: Issues in children's and families' lives*, (pp. 239-265). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M.T., y Reis, H.T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 991-1008.
- Caballero, R., Madrigal de León, E., Hidalgo San Martín, A., y Villaseñor, A. (1999). El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos en Guadalajara. *Salud Mental*, 22 (4).
- Carey M., Braaten, L., Maisto, S., Gleason, J., Forsyth, A., Durant, L., et al. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: a second randomized clinical trial. *Health Psychology*, 19(1), 3-11.
-



- Carrasco, M., y Ortiz, M. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332
- Castanyer, O. (1997). La Asertividad: expresión de una sana Autoestima. España: Descleé de Brouwer S.A.
- Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social (CIESAS) (2002). *Perfil Indígena de México*. Consultado el 2 de junio de 2006, en: [http://www.ciesas.edu.mx/istmo\\_web/ciesasweb/diagnosticoregional.html](http://www.ciesas.edu.mx/istmo_web/ciesasweb/diagnosticoregional.html).
- Chemers, M., Hu, L., y García, B. (2001). Academic self-efficacy and first-year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 93(1), 55-64.
- Chen, G., Gully, S., y Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62-83.
- Clinton-Sherrod, M., Sobek, J., Abbey, A., Agius, E., y Terry, K. (2005) The role of psychosocial factors in the transition to substance use: Are they protective among urban minority Adolescents? *The Journal of Primary Prevention*, 26(6), 511-528.
- Coggans, N., Cheyne, B., y Mckellar, S. (2002). The life skills training drug education programme: a review of research. Eddimburg: Effective Intervention Unit. Disponible en: [http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu\\_lifeskl.pdf](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_lifeskl.pdf).
- Conner, B., Stein, J., y Longshore, D. (2005). Are cognitive AIDS risk-reduction models equally applicable among high and low-risk seekers? *Personality and Individual Differences*, 38, 379-393.
- Consejo Nacional de Población, (2006). *La situación demográfica en México*. México: CONAPO
- Conrad, K. M., Flay, B. R., y Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87, 1711-1724.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1995). Longitudinal Stability of Adult Personality. En H. Robert, J. Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of Personality Psychology* (pp. 269-290). USA: Academic Press.
- David, J.P., y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: role of Big Five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67(2), 265-294.
-

- De la Fuente, J. (1964). *Educación, Antropología y Desarrollo de la Comunidad*. México: Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Educación Pública.
- Denman, S. (1999). Health promoting schools in England –a way forward in development. *Journal of Public Health Medicine*, 21(2), 215-220.
- Denton, R. E., y Kampfe, C. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescence*, 29, 475-495.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Doll, J., y Ajzen, I. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 754-765.
- Duncan, G., y Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. *Child development*, 27(1), 188-196.
- Elias, M., Gara, M., Schuyler, T., Branden-Muller, L., y Sayette, M. (1991) The promotion of social competence: Longitudinal study of a preventive school-based program. *American Journal of Orthopsychiatric*, 6 (3).
- Elias, M., Gara, M., Ubriaco, M., Rothbaum, P., Clabby, J., y Schuyler, T., (1986). Impact of a preventive social problem solving intervention on children's coping with middle-school stressors. *American Journal of Community Psychology*, 14(3), 259-275.
- Ellickson, P., Bell, R., y McGuigan, K. (1993). Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83(6), 856-861.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., y Díaz, T. (1999). Social influence and psychological determinants of smoking among inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, 1-19.
- FAO .(1994). *Ecología y enseñanza rural: Manual para profesores rurales del área andina*. Roma: FAO.
- FAO, (1998). *Rural women and food security: Current situation and perspectives*. Roma: FAO.
- Ferrado, P.J., y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383-389.
-

- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Boston: Addison-Wesley.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books..
- García, K., y Mann, T. (2003). From “I wish” to “I will”: Social-cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 347-360.
- Green, L. W. (2001). From research to “Best Practices” in other settings and populations. *American Journal of Health Behavior*, 25(3), 165-178.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C., y Bumbarger, B. (2000). Preventing mental disorders in school-age children: A review of Effectiveness of Prevention Programs. *Prevention of Mental Disorders*, 6(00), 1-147.
- Greenberg, M.T., y Kusche, C.A. (1998). Preventive intervention for school-aged deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3, 49-63.
- Goldberg, L. (1990). An alternative “description of personality”: The Big Five factor estructure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Grusec, J., y Lytton, H. (1988). *Social development. History, theory and research*. USA: Springer-Verlag.
- Hansford, B. C., y Hattie, J. A. (1982). The relationships between self and achievement/performance measures. *Review of Educational Research*, 52, 123-142.
- Harris, S., y Ferrari, M. (1983). Developmental factors in child behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14, 54-72.
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. (2004). *Reporte de Actividades 2004*. México.
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. (2005). *Reporte Anual de resultados del proyecto de Desarrollo Integral Comunitario*. D.F., México.
- Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. (2006). *Nuestro Trabajo*. Consultado el 27 de febrero de 2008, en: <http://www.imifap.org.mx/imifap/portal/cfpages/category.cfm?nodeId=3>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1995). *Conteo de Población y Vivienda. Resultados Definitivos, Tabuladores Básicos*. México: INEGI.
-

- Instituto Mexicano de la Juventud, (2006). *Encuesta Nacional de la Juventud 2005*. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Segundo Censo de Población y Vivienda. Resultados Definitivos, Tabuladores Básicos*. México: INEGI.
- Instituto Nacional Indigenista. *Diagnóstico de los pueblos indígenas de la Huasteca*. Consultado el 2 de junio de 2006, en: [www.cni.gob.mx](http://www.cni.gob.mx).
- Jemmott III, J., y Jemmotti, L. (1996) Strategies to reduce the risk of HIV infection, sexually transmitted diseases, and pregnancy among african american adolescents. En R. Resnick y R. Rozensky (Eds.), *Health Psychology through the life span*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jones, R., Kazdin, A., y Haney, J. (1981). Social validation and training of emergency for safety skills for potential injury prevention and life saving. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 249-260.
- Judge, T. A., Erez, A., y Bono, J. A. (1998). The power of being positive: The relation between positive self-concept and job performance. *Human Performance*, 11, 167-187.
- Katz, K., y Finger, W. (2002). Sexuality and family life education helps prepare young People. *Youth Lens*. Consultado en: <http://www.fhi.org/youthnet>
- Kazdin, A., y Buena-Casal, G. (1999). *Conducta Antisocial*. España: Pirámide.
- Kim, B., y Omizo, M. (2005). Asian and european american cultural values, collective self-esteem, acculturative stress, cognitive flexibility, and general self-efficacy among asian american college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 412-419.
- Kirby, D. (1992). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Journal of School Health*, 62(7), 280-287.
- Lachman, M., y Weaver, S. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 763-773.
- Leganger, A., y Kraft, P. (2003). Control Constructs: Do they mediate the relation between educational attainment and health behaviour? *Journal of Health Psychology*, 8(3), 361-372.
- Levy, R.L., Lodish, D., y Pawlack-Floyd, C. (1982)
-

- Teaching children to take more responsibility for their own dental treatment. *Social Work in Health Care*, 7, 69-76.
- Levy, R. L., Lodish, D., y Pawlack-Floyd, C. (1982). Teaching children to take more responsibility for their own dental treatment. *Social Work in Health Care*, 7, 69-76.
- Lynch, K., Geller, S. y Schmidt, M. (2004). Multi-year evaluation of the effectiveness of a resilience-based prevention program for young children. *The Journal of Primary Prevention*, 24(3), 335-353.
- Lohaus, A., Klein-Hessling, J., Ball, J., y Wild, M. (2004). The prediction of health-related behaviour in elementary school children. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 375-379.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Maddux, J., Roberts, M., Stedden, E., y Wright, L. (1986). Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*, 41(1), 25-34.
- Madden, T., Ellen, P., y Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Mayer, M. (1998). Educación ambiental: De la acción a la investigación. *Enseñanza de las ciencias*, 16(2), 217-231.
- Mechanic, D., y Hansell, S. (1989). Divorce, family conflict and adolescents' well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 105-116.
- Metropolitan Area Child Study Research Group. (2002). A cognitive-ecological approach to preventing aggression in urban settings: initial outcomes for high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 179-194
- McGee, R., y Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, 569-582.
- Morgan, C., Park, E., y Cortes, D. (1995). Beliefs, knowledge and behavior about cancer among urban hispanic women. *Journal of the National Cancer Institute of Monography*, 18, 57-63.
-

- Mount, N. S., y Steinberg, L. (1995). An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use. *Development Psychology, 31*, 915-922.
- Multon, K., Brown, S., y Lent, R. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 30-38.
- Noller, P. (1984). *Nonverbal Communication and Marital Interaction*. New York: Pergamon Press.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C., y Murhpy, S. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology, 3*(2), 171-180.
- Nutbeam, D., (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349-364.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., y Sawyer, S. M. (2002). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence, 26*, 1-11.
- Organización Mundial de la Salud, (1978). *Informe Final de la Conferencia de Atención Primaria de la Salud*. Alma Ata: OMS/UNICEF.
- Organización Panamericana de la Salud, (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, D.C.: División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y Población.
- Pacheco, T. (1995). *Investigación y Desarrollo Regional en Chiapas*. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Papalia, D. y Olds, S.W. (1997). *Desarrollo Humano* (6ª ed.). Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S.A.
- Parsons, C., Stears, D., y Thomas, C. (1996). The health promoting school in Europe: conceptualizing and evaluating the change. *Health Education Journal, 55*(3), 311-321.
- Pastor, R., Nava, P., y Arrieta, G. (1998). *¡Seamos Diferentes!* México: Enlace, Comunicación y Capacitación, A. C.
- Pérez, C., y Recino, J. (2000). *Sacamch'en: Historia y transformación de las relaciones de género al interior de una comunidad Tzotzil*. Tesis de Maestría, Departamento de Sociología Rural, Universidad Autónoma de Chapingo, México.
-

- Pervin, L. A. (1998). *La Ciencia de la Personalidad*. España: McGrawHill.
- Pianta, R. C., y Walsh, D. J. (1998). Applying the construct of resilience in schools: Cautions from a developmental systems perspectiva. *School Psychology Review*, 27(3), 407-417.
- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M., Pier, D., et al. (1996). *Planeando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigida a los adolescentes*. México: Grupo Editorial Planeta.
- Pick, S., y Givaudan, M., (2003). *Habilidades para la vida y la salud. Libro de trabajo*. México: Idéame.
- Pick, S., y Givaudan, M., (2003). *Habilidades para la vida y la salud. Guía para docentes*. México: Idéame.
- Pick, S., y Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, Yo puedo: Programa de educación para la vida desde el nivel preescolar a 3º de secundaria*. México: Idéame.
- Pick, S., y Givaudan, M. (2003). *Habilidades para la vida y la salud*. México: Idéame.
- Pick, S., y Givaudan, M. (2003). *Habilidades para la vida y la salud. Guía para docentes*. México: Idéame.
- Pick de Weiss, S., Givaudan, M., y Givaudan, S. (1993). Planeando Tu Vida: sex and family life education: fundamentals of development, implementation, and evaluation. *International Journal of Adolescent Medical Care*, 6(3-4), 211-224.
- Pick, S., Givaudan, M., y Poortinga, Y. (2003). Sexuality and life skills education. A multistrategy intervention in Mexico. *American Psychologist*, 58(3), 230-234.
- Pick, S., Poortinga, Y., y Givaudan, M. (2003). Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 422-429.
- Pick, S. y Vargas-Trujillo, E. (1996). *Yo Adolescente*. México: Grupo Editorial Planeta.
- Poche, C., Brouwer, R. y Swearingen, M. (1981). Teaching self protection to young children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 169-176.
- Raj, A., Amaro, H., Cranston, K., Martin, B., Cabral, H., Navarro, A., et al. (2001). Is a general women's health promotion program as effective as an HIV-Intensive prevention program in reducing HIV risk among hispanic women? *Public Health Reports*, 116, 599-607.
-

- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Tests of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology, 6*(1), 31-46.
- Roberts, R., Towell, T., y Golding, J. (2001). *Foundations of Health Psychology*. Nueva York: Ed. Palgrave.
- Rodríguez, G. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Miguel Angel Porrúa.
- Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology, 91*, 93-114.
- Rosentreter, J. (1996). *Habilidades sociales y salud mental: un enfoque comunitario*. Chile: Universidad Católica de Valparaíso.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*, 316-331.
- Scholz, U., Gutiérrez, B., Sud, S., y Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.
- Shure, M.B., y Spivack, G. (1982). Interpersonal problem solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology, 10*, 341-356.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: the role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology, 4*, 115-127.
- Schwarzer, R. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology, 19*, 487-495.
- Schwarzer, R., y Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviours. En M. Conner y P. Norman. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social cognition Models*. Buckingham: Open University Press.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Self-Efficacy. In M. Gerrard & K.D. McCaul (Eds.) *Health Behavior Constructs: Theory, Measurement, and Research*. Consultado el 27 de febrero de 2008 en:  
<http://cancercontrol.cancer.gov/constructs>
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2001). *Estadística Básica del Sistema Educativo 1999-2000. Fin de cursos*. México: SEP.
-



- Shafer, M. A., y Boyer, C. B. (1991). Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students. *Journal of Pediatrics*, 119(5), 826-833.
- Sheeran, P., y Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1624-1675
- Shuet-Ainne, J., y Madaleno, M. (2003). *Sexual health and development of youth in the Americas: Program and policy implications*. Washington, D.C.: Panamerican Health Organization.
- Smokowski, P., Fraser, M., Day, S., Galinsky, M., y Bacallao, M. (2004). School-based skills training to prevent aggressive behavior and peer rejection in childhood: evaluating the Making Choices Program. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 233-251.
- Sooman, A., y Macintyre, S. (1995). Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighborhoods. *Journal of Health Place*, 1, 15-26.
- Springer, J., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., y Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171-194.
- Springs, F. E., y Friedrich, W. N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin.*, 67, 527-532.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., y Baltes, P.B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 305-319.
- Stone, G. (Ed.) (1983) Proceedings of the National Working Conference on Education and Training in Health Psychology. *Health Psychology*, 2. (Suppl.5), 1-15.
- Tanner, J., Hunt, J., y Eppright, D. (1991). The protection motivation model: a normative model of fear appeals. *Journal of Marketing*, 55, 36-45.
- Taylor, S. E., y Repetti, R. L. (1997). Health Psychology: What is an unhealthy environment and How does it get under the skyn? *Annual Reviews in Psychology*, 48, 411- 447.
-

- Tobler, N. S., y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of effective school-drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention, 18*(1), 71-128.
- Troutt, D. D. (1993). *The thin red line: How the poor still pay more*. San Francisco: Consum.
- VanDevanter, N., Messeri, P., Middlestadt, S., Bleakley, A., Merzel, C., Hogben, M., et al. (2005). A community-based intervention designed to increase preventive health care seeking among adolescents: The Ghonorrhea Community Action Project. *American Journal of Public Health, 95*(2), 331-337.
- Vicary, J., Henry, K., Bechtel, L., Swisher, J., Smith, E., Wylie, R., y Hopkins, A., (2004). Life skills training effects for high and low risk rural junior high school females. *The Journal of Primary Prevention, 25*(4), 399-416.
- Vingilis, E., Wade, T. J., y Adlaf, E. (1998). What factors predict student self-rated physical health? *Journal of Adolescence, 21*, 83-97.
- Vivar, J. (2000). *Ley Revolucionaria de Mujeres. Su influencia en la vida de las mujeres de 10 de Abril, Chiapas. 1994-1998*. Tesis de Maestría, Departamento de Sociología Rural, Universidad Autónoma de Chapingo, México.
- Waldrop, D., Lightsey, O., Ethington, C., Woemmel, C., y Coke, A. (2001). Self-efficacy, optimism, health competence, and recovery from orthopedic surgery. *Journal of Counseling Psychology, 48*(2), 233-238.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 183-199.
- Walter, H. J., Vaughan, R. D., Gladis, M. M., Ragin, D. F., Kasen, S., y Cohall, S. T. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *American Journal of Public Health, 82*, 528-32.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., y Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children ad youth. *American Psychologist, 58*(67), 425-432.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science, 4*(3), 81-85.
-

- Wertsch, J. V. (1985). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona, España: Paidós.
- Williams, D. R., y Collins, C. (1995). US socioeconomic and racial differences in health: Patterns and explanations. *Annual Reviews of Sociology*, 21, 349–86.
- Zapata, E., y Mercado, M. (1996). *Actores del Desarrollo Rural. Visiones Para el Análisis*. México: Colegio de Postgraduados, Programa de Estudios de Desarrollo Rural.
- Zimmerman, B. (1989). A social-cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81, 329-339.