



“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS SOCIALES”

REPORTE FINAL

Elaborado por:

IMIFAP

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C.

“Tu vida en tus manos”

Presentado a:

SEDESOL

Enero, 2010

Responsable: Susan Pick

Autores del reporte: Angélica Romero, Iwin Leenen y Martha Givaudan.

Apoyo logístico: Rocío Martínez

Colaborador: Fernando Gaál

ÍNDICE GENERAL	Pág.
Resumen Ejecutivo	03
Introducción	05
I. Descripción de la muestra y metodología de aplicación.	06
1.1 Sobre la muestra.	06
1.2 Sobre el instrumento cuantitativo y su aplicación.	07
1.3 Sobre el instrumento cualitativo y su aplicación.	10
II. Metodología de análisis	11
2.1 <i>Metodología del análisis cuantitativo.</i>	11
2.2 <i>Metodología del análisis cualitativo.</i>	11
III. Resultados.	13
3.1 Informe de factores que influyen en el Riesgo Psicosocial.	13
3.2 Validación psicométrica del instrumento.	21
3.3 Resultados del perfil Riesgo Psicosocial detectado en los hogares.	22
3.4 Elaboración del perfil de Riesgo Psicosocial.	28
IV. Conclusiones	34
4.1 Anexo. Instrumento cuantitativo de Diagnóstico Psicosocial. Versión Final	

Resumen ejecutivo

Este estudio constituye la primer parte de un estudio a mayor escala mediante el cual se pueda identificar cuáles son los principales riesgos psicosociales de la población beneficiaria de SEDESOL. Por tanto el presente estudio tuvo como objetivo desarrollar un instrumento de diagnóstico de Riesgo Psicosocial con el fin de identificar factores de Riesgo Psicosocial en los hogares del padrón de beneficiarios de SEDESOL.

Para ello se empleó un cuestionario cuantitativo apoyado por métodos cualitativos que tuvieron como objetivo fungir como criterio externo para validar los datos cuantitativos.

El cuestionario cuantitativo fue aplicado a modo de encuesta al total de la muestra (320 personas) y una entrevista de profundidad aplicada a la mitad de la muestra (120 personas). La mayoría de los participantes tanto en la etapa cualitativa como en la etapa cuantitativa fueron mujeres casadas de entre 26 y 40 años con escolaridad de primaria o inferior que tenían entre dos y cuatro hijos y su ocupación principal era ama de casa.

A partir de los resultados se pudo detectar que la mayor parte de los encuestados cuentan con los servicios públicos básicos tales como luz eléctrica, agua entubada, baño para uso de la familia, etc.

En lo que a salud se refiere, el 62% de los enfermos con diabetes, hipertensión o hipotensión arterial y otro tipo de padecimientos (como enfermedades respiratorias crónicas y de las articulaciones) reportó tener el tratamiento adecuado para su padecimiento, mientras que sólo una tercera parte de los enfermos de obesidad reciben tratamiento para su enfermedad.

A este respecto se detectó de acuerdo con los encuestadores que cerca del 45% de los encuestados padecían sobrepeso u obesidad. Entre los hábitos no saludables más comunes que se reportaron se encuentran la ingesta de alimentos grasosos, fritos o no nutritivos también conocidos como “alimentos chatarra” y la ingesta diaria de dos o más vasos de refresco. No obstante, una tercera parte de los encuestados reportó que lleva a cabo todas las conductas saludables como tomar más de dos litros de agua e ingerir frutas y verduras diariamente y hacer ejercicio dos veces por semana al menos.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, el 70% de las mujeres encuestadas se han realizado la prueba del Papanicolaou en los últimos 12 meses, lo que indica que en su mayoría toman alguna prevención para el Cáncer Cervicouterino. El 75% de los encuestados con vida sexual activa reportaron haber utilizado algún método anticonceptivo en los últimos seis meses, sin embargo sólo el 59% de ellos lo usó correctamente y únicamente el 9% utilizó un método que protege también contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En lo que a educación e interacción con los hijos se refiere; la mayoría de los hijos en edad escolar (entre 5 y 15 años) asisten a la escuela (95%). La mayor parte de los hijos que se encontraban presentes al momento de la visita se hallaban en actividades propias de la edad y se encontraban limpios (56%) pero la mayoría no portaba calzado (60%).

Los índices de violencia familiar detectados fueron bajos (7% presentaron frecuentes conductas de violencia entre pareja y 3% hacia los menores), aunque se sabe que debido a la sensibilidad de este

tema y al tabú asociado a él, la gente puede reportar o manifestar comportamientos diferentes a los que ocurren en su vida cotidiana, por tanto, una sola observación o escala no son suficientes para tomar los resultados como definitivos. Los gritos y el control ejercido hacia la pareja son los principales indicadores de violencia en la pareja. Los gritos, insultos y golpes son los principales indicadores de violencia por parte de los adultos hacia los menores.

El instrumento fue eficaz para conocer la capacidad de agencia personal sobre todo en lo que se refiere a Locus de Control, Iniciativa y Autoeficacia, la escala de Autonomía debió ser modificada para poderse incluir en la última versión del instrumento cuantitativo para la que se desarrolló una forma de evaluación para poder obtener una calificación de Riesgo Psicosocial en esta nueva versión del instrumento.

Finalmente, se determinó que la falta de Agencia personal, la falta de Higiene y la Violencia Familiar como factores de Riesgo Psicosocial en los hogares evaluados.

Introducción

De acuerdo a la literatura más reciente la asociación entre pobreza y situación de adversidad ha estado presente desde el siglo XIX (Chadwick, 1865 en Bradley et al.,1994). Desde entonces, la pobreza ha sido descrita como una condición adversa que trae consigo diversos factores de riesgo específicos, los que están presentes tanto en el plano de lo físico, como en el psicosocial.

Importa subrayar que es en este plano psicosocial donde se disputan valores y creencias, hábitos y actitudes. Es en este plano en que la percepción social de los riesgos adquiere importancia decisiva porque es a partir de ella que se inhiben, retardan o suprimen medidas de protección; se inducen o no patrones adecuados de comportamiento y se logra una aspiración de desarrollo equilibrado y armónico de las personas y los grupos sociales.

La agencia personal se entiende como la habilidad que tiene el individuo para definir sus metas propias y actuar en consecuencia para lograrlas, monitoreando su progreso y teniendo el control sobre la toma de decisiones (Pick, 2007; Sen, 1999), lo cual reedita en su propio bienestar y lo convierte en un agente de cambio. La agencia personal ha sido definida como el poder actuar de manera autónoma (Kagitcibasi, 2005) o como la capacidad de autogobierno (Beyers, Goossens, Vansant y Moors, 2003). Los sentimientos de agencia personal surgen de y se refuerzan por la práctica constante de conductas que traen beneficios para la persona; dichas conductas pueden irse aplicando a otras situaciones y contextos hasta volverse estables, es decir, generalizables. Además de conductualmente, la agencia personal se expresa a través de decisiones, metas, objetivos, acuerdos y obligaciones, así como de la capacidad para prever y controlar las acciones (Pick, García y Leenen, sometido a publicación), tanto en relación a la persona misma como hacia su comunidad.

La agencia personal refleja un funcionamiento individual competente que contribuye a que las personas sean capaces de cuidar y mejorar su bienestar, al asumir el control de su propia vida. A nivel global, se reconoce que la falta de agencia constituye un factor de riesgo que afecta negativamente la calidad de vida de las personas (Kar, Pascual y Chickering, 1999), por lo que resulta de especial importancia que los programas apoyo social incluyan estrategias y acciones encaminadas a incrementar la agencia de las personas, pero que también sean capaces de evaluarla como un facilitador del bienestar y aprovechamiento del apoyo. La evidencia científica ha demostrado que el desarrollo de agencia y empoderamiento promueve en las personas cambios positivos en diversos ámbitos tales como el trabajo, la participación política y la salud (Givaudan, Bernal y Vanegas, 2008; Venguer, Pick y Fishbein, 2007).

Un instrumento confiable de diagnóstico de riesgo psicosocial en los hogares beneficiarios de los programas de SEDESOL permitirá identificar los casos de violación de derechos humanos, discriminación, violencia familiar, explotación infantil, problemas de salud, entre otros. Estos problemas no pueden ser detectados por las cédulas de información socioeconómica de los programas e impiden el desarrollo integral de los individuos. Es importante identificar estas situaciones en las comunidades para que los programas sociales funcionen de manera más efectiva y así, mejorar la calidad de vida de la población. Por tanto el presente estudio tuvo como objetivo pilotear un instrumento de diagnóstico de Riesgo Psicosocial con el fin de identificar factores de Riesgo Psicosocial en los hogares del padrón de beneficiarios de SEDESOL.

Este estudio constituye la primer parte de un estudio a mayor escala mediante el cual se pueda identificar cuáles son los principales riesgos psicosociales de la población beneficiaria de SEDESOL.

Objetivos Específicos:

- Diseñar una estrategia que disminuya o elimine el efecto de la deseabilidad social.
- Pilotear el instrumento e una muestra de hogares beneficiarios de la SEDESOL.
- Obtener índices de validez interna y externa del instrumento de diagnóstico de riesgo psicosocial.
- Construir un perfil de riesgo psicosocial.
- Conocer los factores que influyen en el riesgo psicosocial de los hogares.

Para alcanzar estos objetivos se empleó un cuestionario cuantitativo apoyado por métodos cualitativos que tuvieron como objetivo fungir como criterio externo para validar los datos cuantitativos.

El presente reporte contiene los principales resultados del trabajo y consta de tres secciones. En la primera parte se describen las principales características de los instrumentos empleados, la forma de selección de la muestra de participantes y la metodología de aplicación de los instrumentos. En la segunda sección se describen los principales resultados obtenidos así como la metodología de los análisis cualitativo y cuantitativo empleados. Finalmente en la tercera sección se destacan los principales cambios realizados a los instrumentos a partir de los resultados obtenidos, así como las conclusiones más relevantes del estudio.

I. Descripción de la Muestra y los Instrumentos.

1.1. Sobre la muestra.

El estudio se llevó a cabo a través de dos metodologías diferentes: un cuestionario cuantitativo aplicado a modo de encuesta al total de la muestra (320 personas) y una entrevista de profundidad aplicada a la mitad de la muestra (120 personas) cuyo objetivo era complementar y apoyar los resultados obtenidos por el método cuantitativo.

La muestra fue seleccionada al azar a partir del padrón de beneficiarios de SEDESOL en las entidades participantes. Mediante este tipo de selección se incrementa la probabilidad de obtener una muestra representativa de la población, a pesar de ser una muestra relativamente pequeña.

Tabla 1. Total de participantes por estado.

Estado	Municipio / Localidad	Total cuestionarios aplicados	Total entrevistas realizadas
Guerrero	Juan R. Escudero, Villa de Guerrero	40	20
	Juan R. Escudero, Plan de Lima	40	20
Zacatecas	Valparaíso, Lobatos	40	20
	Valparaíso, Jesús González Ortega	40	20
Estado de México	Chimalhuacán, Fundidores	40	20
	Chimalhuacán, Acuitlapilco	40	20
Nuevo León	Salinas Victoria, Misión	40	20
	García, La Cruz	40	20
Total		320	160

La mayoría de los participantes tanto en la etapa cualitativa como en la etapa cuantitativa fueron mujeres casadas de entre 26 y 40 años con escolaridad de primaria o inferior. La mayoría tenía entre dos y cuatro hijos y su ocupación principal era ama de casa (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Datos socio demográficos de la muestra.

	Cuestionarios cuantitativos		Entrevistas cualitativas	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
<i>Sexo</i>				
Hombre	29	9%	16	10%
Mujer	291	91%	144	90%

	Cuestionarios cuantitativos		Entrevistas cualitativas	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
<i>Sexo</i>				
Hombre	29	9%	16	10%
Mujer	291	91%	144	90%
<i>Edad</i>				
Menos de 25 años	33	10%	48	30%
De 26 a 40 años	169	53%	60	37%
De 41 a 55 años	87	27%	41	25%
56 o más años	31	10%	10	8%
<i>Estado Civil</i>				
Soltero/divorciado/viudo	60	19%	28	17%
Casado	202	63%	102	64%
Unión libre	58	18%	30	19%
<i>Escolaridad</i>				
Primaria incompleta	94	29%	47	29%
Primaria	103	32%	48	30%
Secundaria o superior	122	39%	65	41%
No contestó	1	0%		
<i>Ocupación</i>				
Ama de casa	237	74%	117	73%
Desempleado/a	10	3%	4	3%
Empleado/a	25	8%	11	7%
Independiente	45	14%	26	16%
No contestó	3	1%	2	1%

1.2. Sobre el instrumento cuantitativo y su aplicación.

En la construcción del instrumento se incluyeron los ítems que se adaptaran al concepto que se pretendía medir dependiendo si eran conocimientos, conductas, preferencias o actitudes. El siguiente cuadro muestra las principales características de los ítems cuantitativos:¹

¹ McDonald, R. P. (1999). Test Theory. Mahwah, New Jersey. Ed Lawrence Erlbaum

	Tipo de ítem	Características
1	Completar	Se completa el espacio en blanco. Checar que solo haya una respuesta correcta para el espacio. Generalmente se emplea para evaluar conocimientos.
2	Opción múltiple	Tres o más opciones de respuesta de las cuales solos hay una respuesta aceptables, las demás son inaceptables. Checar que solo haya una respuesta aceptable de entre las opciones. Generalmente se emplea para evaluar conocimientos.
3	Dos opciones (dicotómica)	Solos hay dos opciones de respuesta. Existe una alta probabilidad (50%) de adivinar la respuesta sin saberla. Generalmente se emplea para evaluar conocimientos y conductas.
4	Lista de chequeo	Tres o más opciones de respuesta, donde cada una puede ser codificada como correcta o incorrecta, según corresponda. Generalmente se emplea para evaluar conocimientos, preferencias o conductas.
5	Relacionar columnas (matchig)	En una columna se colocan las preguntas y en otra las respuestas. La tarea consiste en relacionar la pregunta con su respuesta correcta. Generalmente se emplea para evaluar conocimientos.
6	Categorías ordenadas (likert)	Hay al menos tres opciones de respuesta (categorías), que tienen un orden natural, disminuye la deseabilidad social. Generalmente se emplea para evaluar actitudes o conductas.
7	Elección forzada	Piden al respondiente que elija entre dos opciones alternativas. Se forza al participante a expresar una preferencia que no necesariamente tiene en la realidad. Generalmente se emplea para evaluar actitudes o preferencias.
8	Jerarquizar	Se ordena jerarquizando preferencias personales. Requiere tres o más estímulos. Se emplea para evaluar preferencias.
9	Categorías desordenadas	Da tres o más opciones de respuesta o categorías que no poseen un orden natural. Generalmente se emplea para evaluar preferencias.

A partir de estos criterios se realizó una versión preliminar del instrumento se aplicó en una primera etapa a 320 personas seleccionadas aleatoriamente del padrón de beneficiarios de SEDESOL (80 por estado y 40 por localidad, Ver Tabla 1) se acudió a encuestar a los participantes en su domicilio a través de un cuestionario cuantitativo que contenía 12 secciones diferentes (Ver Anexo A):

- I. Datos generales. Comprende datos relevantes como nombre, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad ocupación y domicilio del encuestado, así como datos relevantes de localización en caso de que un segundo visitador acuda a esa vivienda a aplicar la entrevista de profundidad.
- II. Acceso y utilización de servicios. En esta sección se cuestiona al encuestado acerca de los servicios públicos a los que tiene acceso y que pueden ir desde luz eléctrica en la vivienda y agua potable, hasta los beneficios de diferentes programas sociales.
- III. Enfermedades crónicas y discapacidad en la familia. Esta sección tiene como objetivo indagar si el entrevistado o alguno de sus familiares cercanos tiene alguna discapacidad o enfermedad crónica que requiera tratamiento médico constante.
- IV. Problemas de sobrepeso y obesidad. En esta sección el encuestador se encarga de observar el peso aproximado del encuestado y catalogarlo como: bajo de peso, peso adecuado, sobrepeso y obesidad. Se emplea como método de recolección de información la observación debido a que por deseabilidad social y falta de instrumentos exactos (cinta métrica, báscula, etc.) la información fácilmente puede ser manipulada por el encuestado. En este apartado también se abordan preguntas acerca de los hábitos alimenticios y de salud del encuestado. Esta sección

tiene como única finalidad brindar un panorama general acerca del estado de salud del encuestado.

- V. Problemas de salud sexual y reproductiva. Esta sección aborda preguntas relacionadas con el uso correcto de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, el uso del preservativo (condón) para prevenir Infecciones de Transmisión sexual (ITS) y la aplicación regular en las mujeres de la prueba del Papanicolaou como medicina preventiva contra el cáncer cervicouterino.
- VI. Discriminación, exclusión e inequidad. Este apartado pretende indagar si los hijos de los encuestados están sometidos a algún tipo de discriminación, exclusión o inequidad debido a su género, a su etnia, o a su edad; para alcanzar el objetivo se toma en cuenta la actividad y el estado de aseo y cuidado personal del menor al momento de la visita.
- VII. Violencia familiar. En esta sección se le cuestiona al encuestado acerca de conductas de violencia por parte de su pareja hacia él (ella) o hacia sus hijos, en el caso de haberlos. No se le cuestiona acerca de sus conductas de violencia, pues el factor de discapacidad social juega un papel fundamental al ser la primera interacción que se mantiene con el encuestador. En cambio, se observa durante la visita si el encuestado presenta conductas de violencia en su interacción con menores, en caso de haberlos (Sección XI Observación).

Las secciones de VIII. Educación de los hijos, IX. Salud y X. Nutrición son dedicadas a indagar el nivel de agencia personal² del encuestado a través de cuatro subescalas.

La agencia personal se entiende como la habilidad que tiene el individuo para definir sus metas propias y actuar en consecuencia para lograrlas, monitoreando su progreso y teniendo el control sobre la toma de decisiones (Pick, 2007),³ lo cual reditúa en su propio bienestar y lo convierte en un agente de cambio (Pick y Sirkin, en prensa).⁴ Además de conductualmente, la agencia personal se expresa a través de decisiones, metas, objetivos, acuerdos y obligaciones, así como de la capacidad para prever y controlar las acciones (Pick, García y Leenen, en proceso),⁵ tanto en relación a la persona misma como hacia su comunidad. De esta forma podemos establecer que la agencia personal tiene cuatro componentes:

- *Locus de control*: Componente de agencia personal que consisten en la percepción de una persona de lo que determina (controla) el rumbo de su vida (Givaudan, Poortinga y Van de Vijver, 2005).⁶ Es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él (Rotter, 1966).⁷

² Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U. y Givaudan, M. (2007). "Escala para medir las capacidades de agencia personal y empoderamiento (ESAGE)". *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3). 295-304.

³ Pick, S. (2007). Extension of Theory of Reasoned Action: Principles for Health Promotion Programs with Marginalized Populations in Latin America. En Ajzen, I., Albarracín, D. and Hornik, R. (ed.) (2007). *Prediction and Change of Health Behavior. Applying the Reasoned Action Approach*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, publishers. 223-241.

⁴ Pick, S. & Sirkin, J. (en prensa). *Breaking the poverty cycle: the Human Basis for Sustainable Development*. Nueva York: Oxford University Press.

⁵ Pick, S., García, G. y Leenen, I. (en proceso). Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales, a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Universitas Psychologica*.

⁶ Givaudan, M., Poortinga, Y. y Van de Vijver, F. (2005). Identifying precursors of safer-sex practices in Mexican adolescents with and without sexual experience: An exploratory model. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(5) 1089-1109.

⁷ Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies or Internal versus External Control Reinforcement. *Psychological Monographs*, New York, 80 (1), 1-28.

- *Iniciativa*: Expresión de la agencia personal, que está encaminada al establecimiento de metas y logro éstas a través de acciones encaminadas a ello (Pick, Poortinga, y Givaudan, 2003).⁸
- *Autonomía*: Manifestación de agencia personal a través de la toma de decisiones sin ayuda o indicación de otra(s) persona(s) (Pick, 2007).⁹
- *Autoeficacia*: Capacidad percibida para afrontar situaciones específicas y lograr superarlas con éxito (Givaudan y Pick, 2005).¹⁰

Estas dimensiones fueron evaluadas tanto en el instrumento cuantitativo como en el cualitativo en torno a tres temas: Educación de los hijos, Salud y Nutrición para obtener un panorama general de la agencia personal de los participantes. En el instrumento cuantitativo:

- *Autonomía*: Evalúa las razones sobre las que el encuestado elige las decisiones que toma. Esta escala se basó en un cuestionario desarrollado por el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad de Harvard (en Vijayamohanan y Alkire 2007).¹¹
- *Locus de Control*: Indica qué tanto considera el encuestado que depende de él (ella) o de los demás (el gobierno, la suerte, etc.) las cosas que le suceden.
- *Iniciativa*: Averigua que cosas ha pensado hacer para mejorar su situación y cuántas ha llevado a cabo.
- *Autoeficacia*: Indaga si el encuestado considera que podrá mejorar su situación a pesar de los obstáculos que se le puedan presentar.

De manera general estas secciones del instrumento se basaron en la escala de agencia y empoderamiento previamente desarrollada y publicada por IMIFAP (Pick, Sirkin, Ortega, et al. 2007).¹²

XI. Observación. Finalmente la última sección es respondida por el encuestador con base en observaciones realizadas durante la entrevista, tales como las condiciones de higiene del lugar y las personas al momento de la visita y la forma de interactuar del encuestado con menores en caso de haberlos (conductas de violencia o de interacción positiva).

1.3. Sobre el instrumento cualitativo y su aplicación.

Para validar los resultados obtenidos por el instrumento cuantitativo, en una segunda etapa se seleccionaron al azar 160 personas de entre las 320 personas que participaron en la primera etapa, para llevar a cabo una entrevista de profundidad sobre los mismos temas abordados en el instrumento cuantitativo. Al igual que en la aplicación del instrumento cuantitativo los criterios de selección fueron aleatorios, mas debían corresponder 20 personas por cada estado y, 10 personas por cada localidad.

Durante la aplicación del instrumento cuantitativo por un primer visitador, se informaba a cada participante seleccionado para responder a la entrevista cualitativa, que un segundo visitador le

⁸ Pick, S., Poortinga, Y.H. y Givaudan, M. (2003). "Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs." *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), 422-429.

⁹ Opus cit.

¹⁰ Givaudan, M y Pick, S (2005). Evaluación del Programa Escolarizado para Adolescentes: "Un Equipo contra el VIH/SIDA". *Interamerican Journal of Psychology*, 39, (3) 339-346.

¹¹ Vijayamohanan, P. y Alkire, S. (2007). *Measuring Individual Agency or Empowerment: A Study In Kerala*. Unpublished localizado en http://mpr.ub.uni-muenchen.de/9289/1/MPRA_paper_9289.pdf

¹² Opus cit.

realizaría una entrevista a profundidad. Para establecer le contacto, el primer visitador establecía fecha y hora de la entrevista y se la informaba al segundo visitador.

El instrumento cualitativo es una entrevista a profundidad dividido en cinco secciones o períodos (Ver Anexo B):

- I. Encuadre. En este período se establecen los acuerdos para la entrevista y se mencionan los criterios éticos de uso de la información.
- II. Introducción. Se utiliza como preparación para el entrevistado para las siguientes secciones. Sensibiliza al participante sobre su vida y lo enfoca para hablar de su historia de vida.
- III. Historias sin final. Esta técnica consiste en el planteamiento de escenarios hipotéticos con los cuales los entrevistados se identifican. Estos escenarios son historias simples que no tienen una resolución definitiva sino situaciones que pueden ocurrir. Los entrevistados escuchan las historias y posteriormente responden 4 preguntas abiertas, las cuales responden a los cuatro diferentes elementos que componen la agencia. Existen tres historias: una sobre salud, educación de los hijos y una última sobre alimentación. Las historias sin final permiten conocer la intencionalidad de los entrevistados en los diferentes temas que abarcan las historias.
- IV. Historia de vida. La historia de vida enfocada consiste en narrar episodios específicos de la historia personal de un sujeto. Se les solicitó a los entrevistados narrar los episodios más difíciles que han tenido con su cuidado de la salud, la educación de sus hijos y finalmente de su alimentación. Se eligen los episodios de vida más complejos porque son los que permiten reconocer conductas de autoeficacia, autonomía, locus de control e iniciativa. Posterior a la narración de los episodios de vida, se realizan las mismas cuatro preguntas de las historias sin final. Si bien las historias sin final logran reflejar la intencionalidad de un sujeto, las historias de episodios de vida develan las prácticas reales.
- V. Cierre. El cierre consiste en la conclusión de la entrevista a través de lograr que los entrevistados expresen como se sintieron en la entrevista, sin realizar devoluciones ni retroalimentaciones que abrieran emociones fuera de control del entrevistador .

III. Metodología de Aplicación y Resultados.

3.1 De la aplicación en campo

A través de los reportes de campo entregados por los aplicadores de IMIFAP se detectó el cuestionario le parecía muy largo a la gente, empezaban respondiendo bien, pensaban las preguntas y luego daban sus respuestas, pero ya después de la mitad del cuestionario, contestaban por contestar, y preguntaban si ya se iba a terminar.

Se detectó también que existían algunas preguntas que no aplicaban con la situación, por ejemplo, “*usted comió X para que las personas que hicieron la comida no se sintieran tristes u ofendidas*”, muchas veces eran ellas las que preparaban la comida. En la parte de las bebidas alcohólicas, se les preguntaba que “*qué cree que puede hacer si para dejar de tomar bebidas alcohólicas ...*” porque la gran mayoría no consume bebidas alcohólicas.

El lenguaje de las preguntas en algunas ocasiones resultaba complejo para las y los entrevistados, por ejemplo la palabra “obstáculos”, e “iniciativa” o bien algunas preguntas no eran muy claras, como en el caso de las que empezaban con ¿Qué tanto depende de...? Las respuestas de la sección de Autonomía, las que dicen “¿influye mucho o para nada? fueron difíciles de entender para la gente.

En cuanto a los aspectos de la aplicación en campo se encontró que la ayuda del personal de SEDESOL en general facilitó el trabajo de los aplicadores, excepto en el estado de Guerrero donde las aplicadoras de IMIFAP no localizaron un contacto por parte de SEDESOL. Se les asignaron comunidades que ni siquiera quienes las asignaron conocían, y tuvieron que llegar sólo con la poca información que encontraron en internet y en un mapa, y preguntar en una oficina de gobierno del estado, a ver si alguien sabía. Hasta que alguien del departamento de obras públicas las asesoró. Ellas tuvieron que hacer los contactos pues en este estado no tuvieron apoyo de personal de SEDESOL.

Los principales inconvenientes u obstáculos localizados para la aplicación en campo fueron la falta de padrones actualizados, la dificultad para localizar los domicilios pues en general el acceso a las localidades fue difícil en general estaban a más de una hora de alguna comunidad con los requerimientos que se necesitaban, como hotel, transporte y lugares para comer. Además se tuvieron escasos medios de transporte. No había suficiente transporte hasta las localidades, se debían tomar tres y a veces hasta cuatro transportes para llegar a la comunidad; en muchos casos no se contó con nombre de la calle o número de lote, manzana, o vivienda. También prevalecieron las condiciones de inseguridad, violencia y narcotráfico cuestiones que en ocasiones impidieron a los aplicadores realizar su trabajo.

En el caso del estado de Oaxaca se tuvieron demasiados inconvenientes: dificultades para llegar a las localidades, entrevistados que por lo general no hablaban español y dificultad para conseguir traductores por lo que se decidió cambiar la aplicación al estado de Guerrero para lograr los objetivos en campo. Sin embargo este punto es de suma importancia si se considera que gran parte de las localidades de beneficiarios del centro y sureste del país presentan esta situación en una alta proporción.

3.2 Informe de factores que influyen en el Riesgo Psicosocial.

Para analizar los datos de la sección I a la VII (*Datos generales, Acceso y utilización de servicios, Enfermedades crónicas y discapacidad en la familia, Problemas de sobrepeso y obesidad, Problemas de salud sexual y reproductiva, Discriminación, exclusión e inequidad, Violencia familiar,*) y XI (*Observación de higiene y violencia*) se realizó un análisis de frecuencias por ítem que incluyó la frecuencia absoluta y relativa de respuesta en cada ítem. Este análisis permite obtener un panorama general acerca de las condiciones generales de vida de los encuestados. Para posteriormente decidir cuáles son los factores determinantes en el Riesgo Psicosocial.

Las condiciones de vida son factores de Riesgo Psicosocial pues como se sabe los problemas de salud asociados a las prácticas de alimentación e higiene deficientes, prevalecen en las comunidades que viven en situación de pobreza, limitando las posibilidades de desarrollo de sus habitantes y demeritando su calidad de vida al incidir de manera negativa en el aprovechamiento de las oportunidades educativas y productivas que existen, e impidiendo la búsqueda de alternativas que les permitan reducir su estado de vulnerabilidad. Este fenómeno es referido como el ‘círculo vicioso de la pobreza’ (PROGRESA, 1997, en Cantú, 2005¹³).

Tabla 3A. Servicios y Beneficios de las familias de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje %
<i>Servicios Generales</i>		
Luz eléctrica en casa	292	91%
Agua entubada al interior de la vivienda	193	60%
Excusado, baño o letrina para el uso exclusivo de los integrantes de la familia	270	84%
Clínica o una unidad médica en la localidad	195	61%
Servicio de recolección de basura	228	71%
Espacios recreativos como deportivo o parques	179	56%
<i>Apoyos de Programas Sociales</i>		
Despensa DIF	39	12%
Desayuno escolar DIF	53	17%
Programa de Apoyo Alimentario	41	13%
Tarjeta Sí Vale (adultos mayores)	6	2%
Apoyo de Oportunidades (antes Progresas)	205	64%
Otros apoyos de Programas Sociales	85	27%
Derechohabiente de servicios médicos (IMSS, ISSSTE, seguro popular, etc.)	221	69%

La mayor parte de los encuestados cuentan con los servicios públicos básicos tales como luz eléctrica, agua entubada, baño para uso de la familia, etc.

¹³ Cantú, P. C. (2005). Alimentación, Nutrición y Estrategias de Salud Pública. [Power Point]. *Edición Especial de la Revista Salud Pública y Nutrición*, 12.

Tabla 3B. Condiciones de Higiene de los hogares participantes.

	Frecuencia	Porcentaje %
Hay presencia de basura o desperdicios en el piso de la vivienda y áreas comunes aledaños a la casa	60	19%
Dentro de la casa hay presencia de animales domésticos o ganado (perros, guajolotes, gallinas, puercos, etc.)	119	37%
Los animales están en un sitio especial, apartado del interior	127	40%
Hay excrementos de animales o se percibe olor a excrementos en la vivienda y áreas comunes aledaños a la casa	34	11%
El baño o letrina se encuentra limpio	279	84%
Los utensilios de cocina que no están siendo usados, como platos, ollas, cubiertos, se encuentran limpios	151	47%
Existen contenedores especiales para la basura, tales como bolsas, cubetas, tambos, etc.	200	62%
Los contenedores para basura se encuentran tapados o cubiertos	117	37%
La apariencia de los habitantes de la vivienda que están presentes es limpia	265	83%
Existen dentro o cerca de la vivienda charcos o recipientes con agua sucia donde puedan crecer mosquitos	87	27%

Cómo se puede observar la mayoría de los hogares visitados contaron con condiciones adecuadas de higiene en el hogar.

Tabla 4a. Discapacidad en las familias de los participantes.

<i>Discapacidad</i>	En el hogar hay personas con ...		Recibe apoyo / tratamiento profesional	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Falta de alguna parte de sus extremidades	11	3%	4	36%
Deficiencias auditivas	24	8%	3	12%
Problemas en la comunicación y en el lenguaje	18	6%	4	22%
Retraso mental	6	2%	3	50%
Síndrome de Down	3	1%	1	33%

Dos terceras partes de las personas con discapacidad que habitan en estos hogares no reciben ningún tratamiento para su discapacidad.

Tabla 4b. Enfermedades Crónicas en las familias de los participantes.

<i>Enfermedades Crónicas</i>	En el hogar hay personas con ...		Recibe apoyo / tratamiento profesional	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Diabetes	72	23%	57	79%
Presión arterial alta o baja	123	38%	77	62%
Obesidad	53	17%	11	21%
Enfermedades del corazón	21	7%	10	48%
Otro tipo	80	25%	59	74%

La mayoría de los enfermos con diabetes, hipertensión o hipotensión arterial y otro tipo de padecimientos (como enfermedades respiratorias crónicas y de las articulaciones) refieren que cuentan con tratamiento para su padecimiento, mientras que sólo una tercera parte de los enfermos de obesidad reciben tratamiento para su enfermedad siendo éste último uno de los temas preponderantes en salud en nuestro país.

Tabla 5. Peso Observado de los encuestados.

	Frecuencia	Porcentaje %
Bajo de peso	16	5%
Peso adecuado	145	45%
Sobrepeso	124	39%
Obesidad	23	7%
No contestó	12	4%
Total	320	100%

De acuerdo con las observaciones de los entrevistadores cerca del 45% de los entrevistados contaba con sobrepeso u obesidad, información muy similar a la encontrada por otras investigaciones (Rodríguez, 2007;¹⁴ Arroyo, Fernández, Loría, Pardío, Laviada, Vargas-Ancona, et al., 2007).¹⁵ No obstante, la mayoría reporta tener conductas adecuadas de salud y nutrición, pero también entre el 30% y 40% de los encuestados reportaron hábitos no saludables constantemente (Ver Tabla 6).

¹⁴ Rodríguez, S. (2007) Patrones Dietéticos y su Riesgo con Sobrepeso y Obesidad en Mujeres del Área Rural del Sur de México. *Salud Pública*, 49, 109-111.

¹⁵ Arroyo, P., Fernández, V., Loría, A., Pardío, J., Laviada, H., Vargas-Ancona, L. et al. (2007). Obesidad, morfología corporal y presión arterial en grupos urbanos y rurales de Yucatán. *Salud pública* 49, 4.

Tabla 6. Conductas de Salud de los encuestados.

	Cuestionarios	
	Frecuencia	Porcentaje %
<i>Hábitos saludables</i>		
Comer 2 o más raciones de verdura al día.	114	36%
Comer 2 o más raciones de fruta al día.	122	38%
Hacer ejercicio durante 30 minutos tres (o más) veces a la semana.	131	41%
Beber diariamente 2 litros o más de agua u otros líquidos.	217	68%
<i>Hábitos no saludables</i>		
Tomar bebidas alcohólicas (como cerveza, vino, tequila, etc.) diariamente.	12	4%
Beber diariamente 2 o más vasos de refresco.	94	29%
Comer chicharrón, carnitas, tacos, burritos u otros alimentos grasosos.	106	33%
Comer comida frita, como papas fritas, gorditas o quesadillas.	122	38%

De acuerdo con los reportes, una tercera parte de los encuestados lleva a cabo todas las conductas evaluadas como saludables, tales como tomar más de dos litros de agua, ingerir frutas y verduras diariamente y hacer ejercicio al menos dos veces por semana. Entre los hábitos no saludables más comunes se encontró la ingesta constante de alimentos grasosos, fritos y/o no nutritivos así como la ingesta diaria de dos o más vasos de refresco.

Tabla 7. Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres

La última vez que se realizó la prueba del papanicolaou fue hace...	Frecuencia	Porcentaje %
De 0 a 6 meses	121	42%
De 7 a 12 meses	83	28%
Más de un año	54	19%
Nunca se ha realizado la prueba del Papanicolaou	29	10%
No contestó	4	1%
Total	291	100%

El 70% de las mujeres encuestadas se han realizado la prueba del Papanicolaou en los últimos 12 meses, lo que indica que en su mayoría toman acciones preventivas para Cáncer Cervicouterino.

Tabla8. Salud sexual y reproductiva

	Hombre		Mujer		Total	
	F	%	F	%	F	%
Participantes con vida sexual activa	22	76%	191	66%	213	67%
<i>De estos...</i>						
Han usado algún método anticonceptivo	13	59%	147	77%	160	75%
<i>Uso correcto del Método anticonceptivo</i>						
Pastillas	1	5%	7	4%	8	4%
Inyecciones	1	5%	9	5%	10	5%
Dispositivo intrauterino (DIU)	1	5%	17	9%	18	8%
Condón	2	9%	18	9%	20	9%
Operación (del hombre o de la mujer)	4	18%	65	34%	69	32%
Otro	0	0%	1	0%	1	0%

Nota: el porcentaje de los que han usado algún método anticonceptivo se obtuvo tomando como el 100% a los 213 participantes que reportaron tener vida sexual activa (22 hombres y 191 mujeres). No se contemplaron los 107 casos que reportaron tener vida sexual inactiva o en el caso de las mujeres los casos que reportaron estar embarazadas o buscando embarazarse.

El 75% de los encuestados con vida sexual activa reportaron haber utilizado algún método anticonceptivo en los últimos seis meses, sin embargo sólo el 58% de ellos, lo usaron correctamente y únicamente el 9% utilizan un método de barrera contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Tabla 9. Asistencia a la escuela de los hijos de los encuestados.

Asiste a la escuela	General		Sexo				Edad					
			Hombre		Mujer		0-4 años		5-9 años		10 a 15 años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	450	82%	229	82%	221	83%	58	44%	174	96%	218	94%
No	98	18%	51	18%	47	17%	76	56%	8	4%	14	6%
Total	548	100%	280	100%	268	100%	134	100%	182	100%	232	100%

Tabla 10. Actividad que realizaban los hijos de los encuestados que estaban presentes durante la visita.

Actividad que	General	Sexo	Edad
---------------	---------	------	------

realizaba			Hombre		Mujer		0-4 años		5-9 años		10 a 15 años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actividades escolares	30	12%	19	15%	11	10%	0	0%	13	16%	17	22%
Jugar/entretenimiento	143	58%	73	56%	70	61%	64	75%	58	70%	21	27%
Dormir/descansar	42	17%	24	19%	18	16%	19	22%	8	10%	15	20%
Labores del hogar	24	10%	8	6%	16	14%	1	1%	4	5%	19	25%
Labores de campo	4	2%	4	3%	0	0%	0	0%	0	0%	4	5%
Actividad peligrosa	2	1%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Total	245	1005	130	100%	115	100%	85	100%	83	100%	77	100%

Tabla 11. Condiciones de aseo personal los hijos de los encuestados que estaban presentes durante la visita.

Aseo Personal	General		Sexo				Edad					
			Hombre		Mujer		0-4 años		5-9 años		10 a 15 años	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Limpio	136	56%	64	49%	72	63%	49	58%	53	64%	34	44%
Sucio	59	24%	31	24%	28	24%	20	24%	17	20%	22	29%
No se registró	50	20%	35	27%	15	13%	16	19%	13	16%	21	27%
Total	245	100%	130	100%	115	100%	85	100%	83	100%	77	100%

La mayoría de los hijos(as) en edad escolar (entre 5 y 15 años) asisten a la escuela. La mayor parte de los hijos(as) que se encontraban presentes al momento de la visita estaban haciendo actividades propias de la edad, se encontraban limpios pero la mayoría no portaba calzado, no se encontraron diferencias significativas entre actividades de hombres y mujeres.

Tabla 12a. Violencia por parte de la pareja de los entrevistados.

	Hombre	Mujer
	Porcentaje	Porcentaje
Siente que su pareja constantemente la/lo está controlando	21%	20%
Su pareja le cela	31%	21%
Ha perdido contacto con amigos/as o familiares para evitar que su pareja se moleste	10%	11%
Su pareja critica, en público o en privado, su apariencia o su forma de ser	14%	12%
Cuando usted y su pareja discuten, se gritan	41%	34%
Su pareja se comporta distinto/a con usted en público, como si fuera otra persona	0%	9%

Tabla 12b. Violencia por parte de la pareja hacia los hijos de los entrevistados.

	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>En el caso de tener hijos</i>				
Su pareja le ha amenazado con quitarle a sus hijos	1	3%	25	9%
Si sus hijos se portan mal, su pareja les grita	7	24%	60	21%
Su pareja les da nalgadas	5	17%	37	13%
Su pareja les pega de otra forma (cachetadas, patadas, etc.)	0	0%	6	2%
Su pareja los pellizca	0	0%	6	2%
Su pareja les habla con groserías	1	3%	21	7%

Tabla 13. Interacción observa entre el encuestado y sus hijos presentes.

	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<i>Durante la visita, la persona encuestada interactuó con niños/as</i>				
Sí	8	28%	123	42%
No	21	72%	168	58%
Total	29	100%	291	100%
<i>Interacción positiva</i>				
Se dirigió a los niños/as afectuosamente.	8	100%	113	92%
Escuchó a los niños/as atentamente.	6	75%	109	89%
Fue paciente y tolerante con los niños/as.	8	100%	104	85%
<i>Interacción negativa</i>				
Les gritó a los niños/as.	0	0%	12	10%
Les habló con groserías.	0	0%	1	1%
Pellizcó a los niños/as.	0	0%	3	2%
Les pegó o empujó a los niños/as.	0	0%	6	5%

Los índices de violencia detectados en este estudio fueron bajos, aunque cabe destacar que una sola observación o escala no son suficientes para tomar los resultados como definitivos. Los gritos y el control ejercido hacia la pareja son los principales indicadores de violencia en la pareja. Los gritos, insultos y golpes son los principales indicadores de violencia por parte de los adultos hacia los menores.

3.2 Validación psicométrica del instrumento de Agencia Personal.

Para analizar las secciones VIII, IX, y X que son las que atañen al tema de Agencia, se llevaron a cabo análisis cuantitativos adicionales. Después de revisar la distribución de frecuencias, para eliminar aquellos ítems que tuvieran menos de la 10% de la respuesta deseada (muy difíciles) o más de 90% de la respuesta deseada (muy fáciles) se procedió a obtener el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach. Este coeficiente nos permite determinar la confiabilidad de la escala a través de una sola aplicación del instrumento.

El Coeficiente Alpha de Cronbach posee valores que pueden variar entre 0 y 1. Entre más alto el valor, mayor es la consistencia interna de la escala. De manera típica se considera un alpha igual o mayor a .70 como un buen índice de confiabilidad, un puntaje de .85 o mayor es considerado un excelente índice de confiabilidad, puntajes entre .50 y .60 como aceptables y puntajes menores a .50 se consideran escalas deficientes en consistencia interna.

Para el análisis de la entrevista cualitativa que serviría como criterio externo de validación del instrumento cuantitativo, se eligió como base metodológica el análisis de contenido. Neuendorf (2002) lo define como el análisis sistemático, y objetivo de las características y contenido de un mensaje. El resultado que se deriva en un análisis de contenido es cuantitativo.

La entrevista debía analizar los elementos que componen la agencia: locus de control, iniciativa, autoeficacia y autonomía. Estos elementos se evaluaban en tres temas de la vida de un sujeto: cuidado de la salud, educación de los hijos y alimentación. La sección de historias de la entrevista muestra la intencionalidad de los entrevistados en las diferentes áreas y la sección de historia de vida, sus prácticas. La intencionalidad refiere a toda idea y conducta deseable, la historia de vida, disminuye la deseabilidad de esta sección al reconocer las prácticas reales de los entrevistados. En otra forma de explicar es: los entrevistados pueden tener una idea de cómo desearían conducirse en una situación, pero la práctica cotidiana no es la misma.

Para medir intencionalidad y prácticas se diseñaron tres escalas con valores entre 1 y 4. Cada escala corresponde a uno de los temas explorados (agencia en salud, educación y alimentación) divididos a su vez por los cuatro elementos que constituyen la agencia, locus de control, iniciativa, autonomía y autoeficacia. Las escalas muestran claramente los diferentes niveles que una persona puede tener, por ejemplo, en autoeficacia en el cuidado de la salud y en los demás elementos.

Con estas escalas, se procesó la información asignando un valor entre 1 y 4 puntos a cada respuesta, valor 0 cuando los entrevistados no supieron que contestar, se negaron a responder o la respuesta no estaba relacionada con la pregunta y no se asignó valor cuando los entrevistados no tenían ningún episodio que narrar sobre su vida.

Estos valores fueron promediados para obtener valores por historia sin final de los tres temas, b) historia de vida de los tres temas explorados y c) valor final que promedia todos los valores. Estos valores se relacionaron con los obtenidos en la escala cuantitativa como método de validación externa de los datos.

Al analizar el proceso de aplicación de los cuestionarios cuantitativos, en campo se detectó que el lenguaje de las preguntas en algunas ocasiones resultaba complejo para las y los entrevistados, por

ejemplo la palabra “obstáculos”, e “iniciativa” o bien algunas preguntas no eran muy claras, como en el caso de las que empezaban con ¿Qué tanto depende de...?

Las respuestas de la sección de Autonomía, tales como “¿influye mucho o para nada? fueron difíciles de entender para la gente, por lo que en la versión final del instrumento fueron replanteadas.

Tabla 14. Confiabilidad de las escalas

	Alpha	Número de ítems
<i>Violencia Familiar</i>	.770	13
<i>Agencia Personal</i>		
<i>A. Subescala de Agencia Personal en Educación de los hijos.</i>		
Autonomía	.491	4
Locus de Control	.671	3
Iniciativa	.861	3
Autoeficacia	.667	3
<i>B. Subescala de Agencia Personal en Salud.</i>		
Autonomía	.205	4
Locus de Control	.780	3
Iniciativa	.530	3
Autoeficacia	.667	3
<i>C. Subescala de Agencia Personal en Nutrición y Alimentación.</i>		
Autonomía	.048	4
Locus de Control	.518	3
Iniciativa	.502	3
Autoeficacia	.473	3

Como se puede observar los datos obtenidos reflejan que la escala de autonomía utilizada (basada en Vijayamohanan y Alkire, 2007) no se adaptó adecuadamente al contexto en el que se aplicó las comunidades seleccionadas, pues sus coeficientes alpha de Cronbach son muy bajos, incluso comparándolos con los de las otras escalas. Estos datos reflejaron la necesidad de una revisión minuciosa de esta escala para modificarla y/o desarrollar nuevos ítems para medir adecuadamente esta subescala de agencia.

A continuación se muestran las relaciones entre las escalas. Las Tablas 15 a la 17 muestran la relación entre las dimensiones de los instrumentos cualitativos y cuantitativos.

Tabla. 15. Subescala de Agencia Personal en Educación de los hijos.

	Cualitativo			
Cuantitativo	Locus de Control	Iniciativa	Autoeficacia	Agencia
Locus de Control	.262			
Iniciativa		.286		
Autoeficacia			.209	
Agencia				.291

Tabla 16. Subescala de Agencia Personal en Salud.

	Cualitativo			
Cuantitativo	Locus de Control	Iniciativa	Autoeficacia	Agencia
Locus de Control	.250			
Iniciativa		.114		
Autoeficacia			.200	
Agencia				.114

Tabla 17. Subescala de Agencia Personal en Nutrición y Alimentación.

	Cualitativo			
Cuantitativo	Locus de Control	Iniciativa	Autoeficacia	Agencia
Locus de Control	.257			
Iniciativa		.110		
Autoeficacia			.119	
Agencia				.180

Con base en el análisis descriptivo y psicométrico de las escalas se modificó el instrumento en los ítems que así lo requirieron, se eliminaron los ítems poco confiables o que proporcionaban poca o nula información y se constituyó la versión final del instrumento (Ver Anexo).

3.3 Resultados del Perfil Riesgo Psicosocial detectado en los hogares.

Finalmente, tomando en cuenta los ítems que permanecieron después de los análisis previos, se obtuvieron los puntajes de Riesgo Psicosocial por escala y se determinó la forma de calificación de la nueva versión del instrumento para desarrollar el Perfil de Riesgo Psicosocial de los beneficiarios de los programas de SEDESOL.

A continuación se muestran los resultados de Riesgo Psicosocial por Localidad y por Estado a través de figuras que muestran los resultados obtenidos en una escala de 0 a 10 donde 0 es ausencia de Riesgo Psicosocial y 10 es Riesgo Psicosocial extremadamente alto.

Figura 1. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Chimalhuacán, Acuitlapilco, Estado de México.

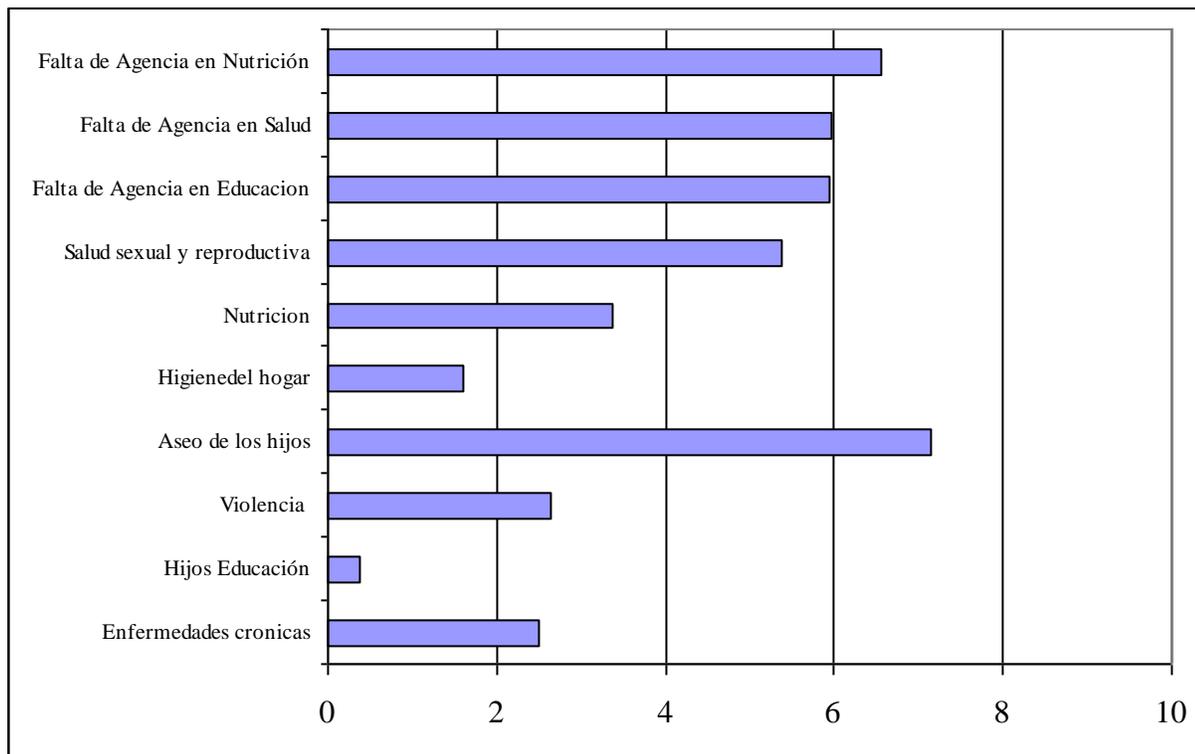


Figura 2. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Chimalhuacán, Fundidores, Estado de México.

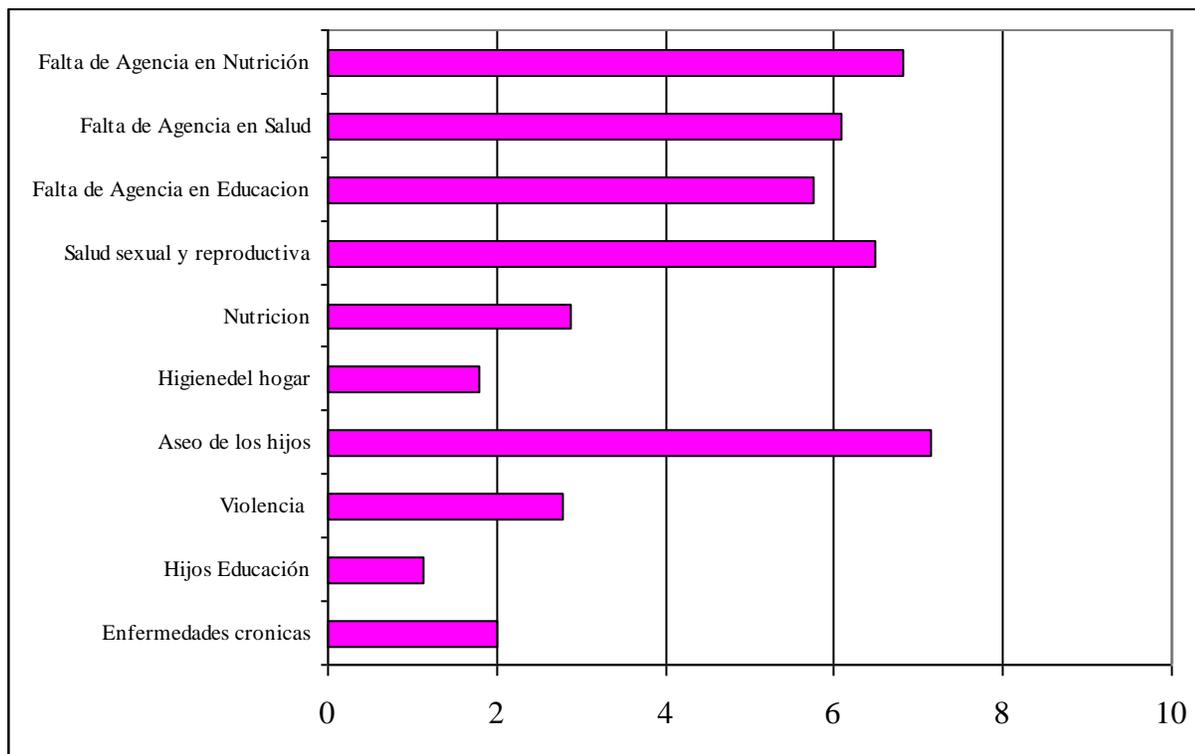


Figura 3. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Valparaíso, Jesús González Ortega, Estado de Zacatecas.

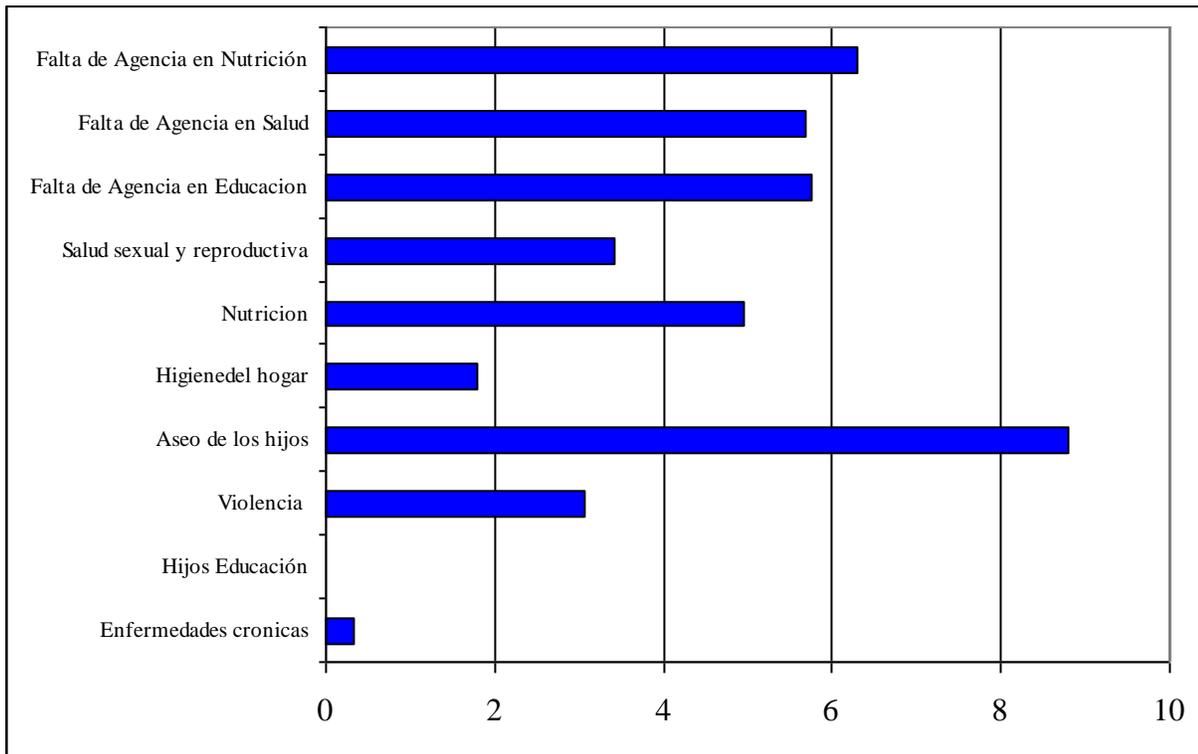


Figura 4. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Valparaíso, Lobatos, Estado de Zacatecas.

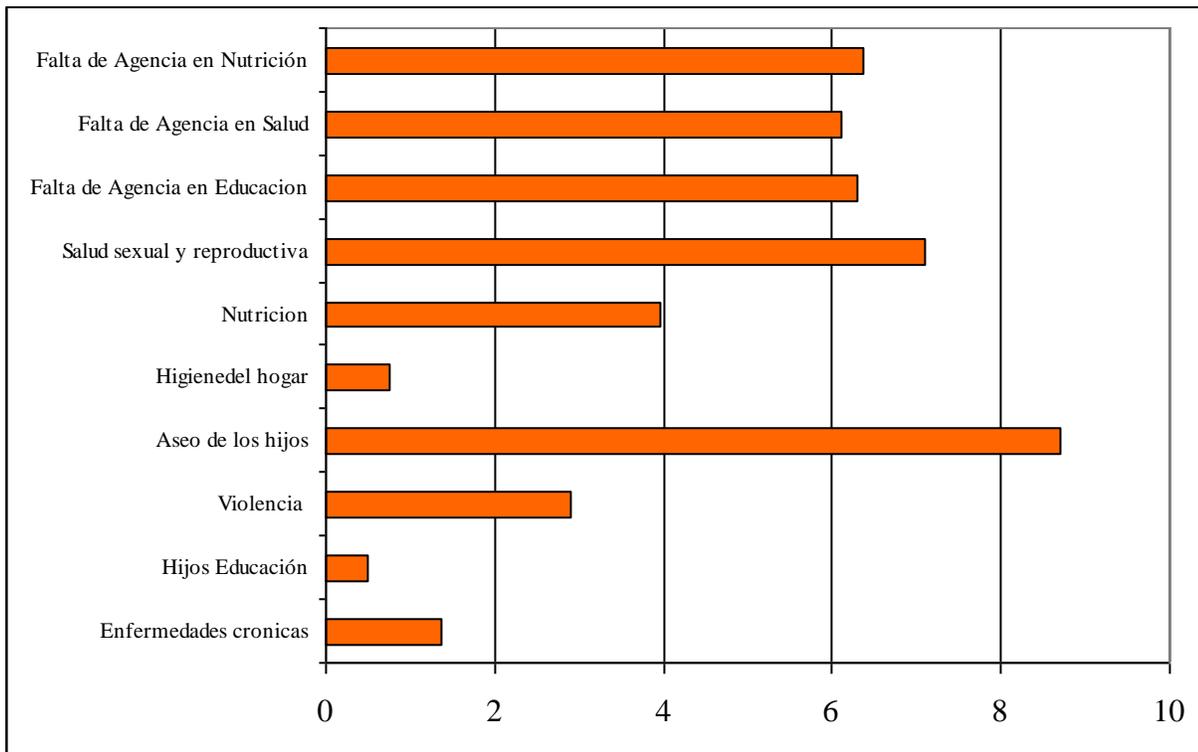


Figura 5. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: García, La Cruz, Estado de Nuevo León.

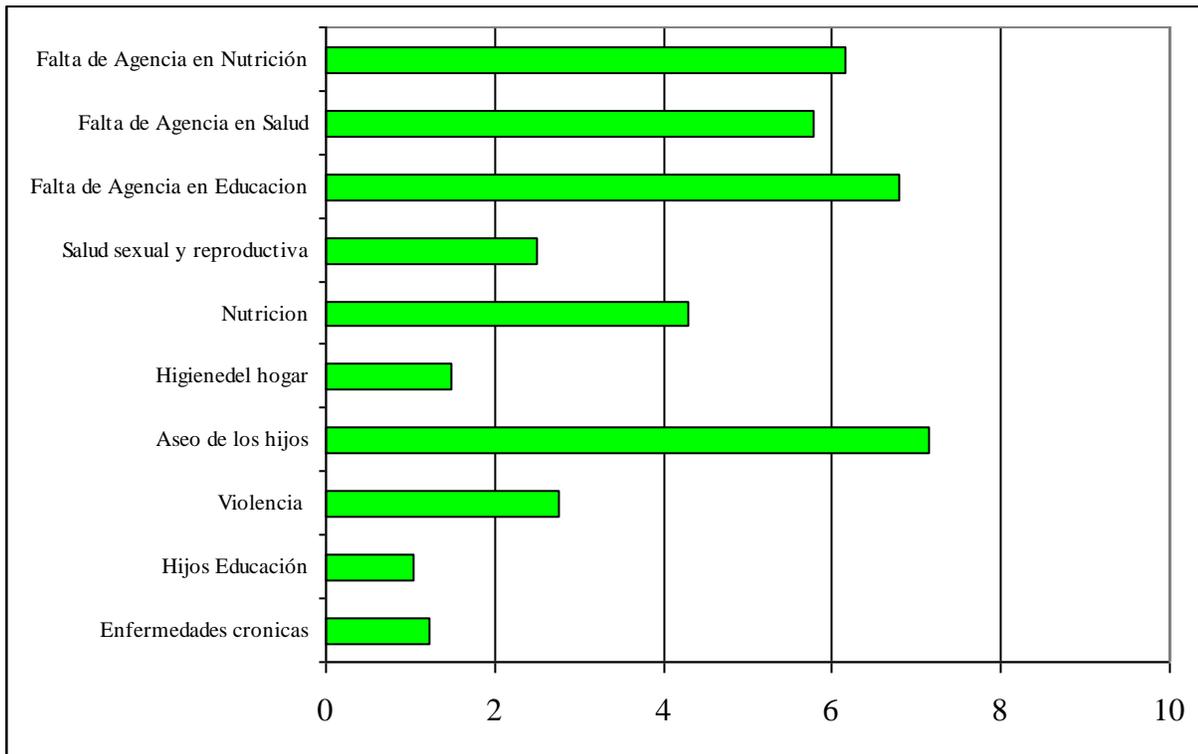


Figura 6. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Salinas Victoria, Misión, Estado de Nuevo León.

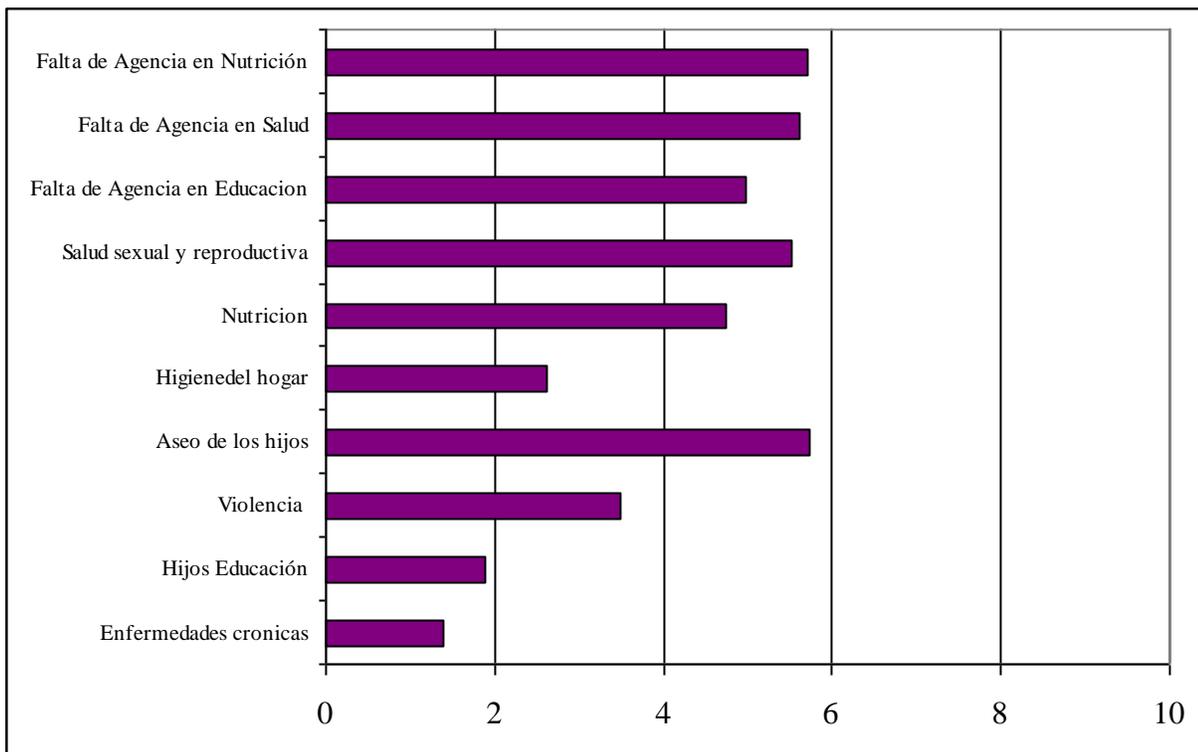


Figura 7. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Juan R. Escudero, Plan de Lima, Estado de Guerrero.

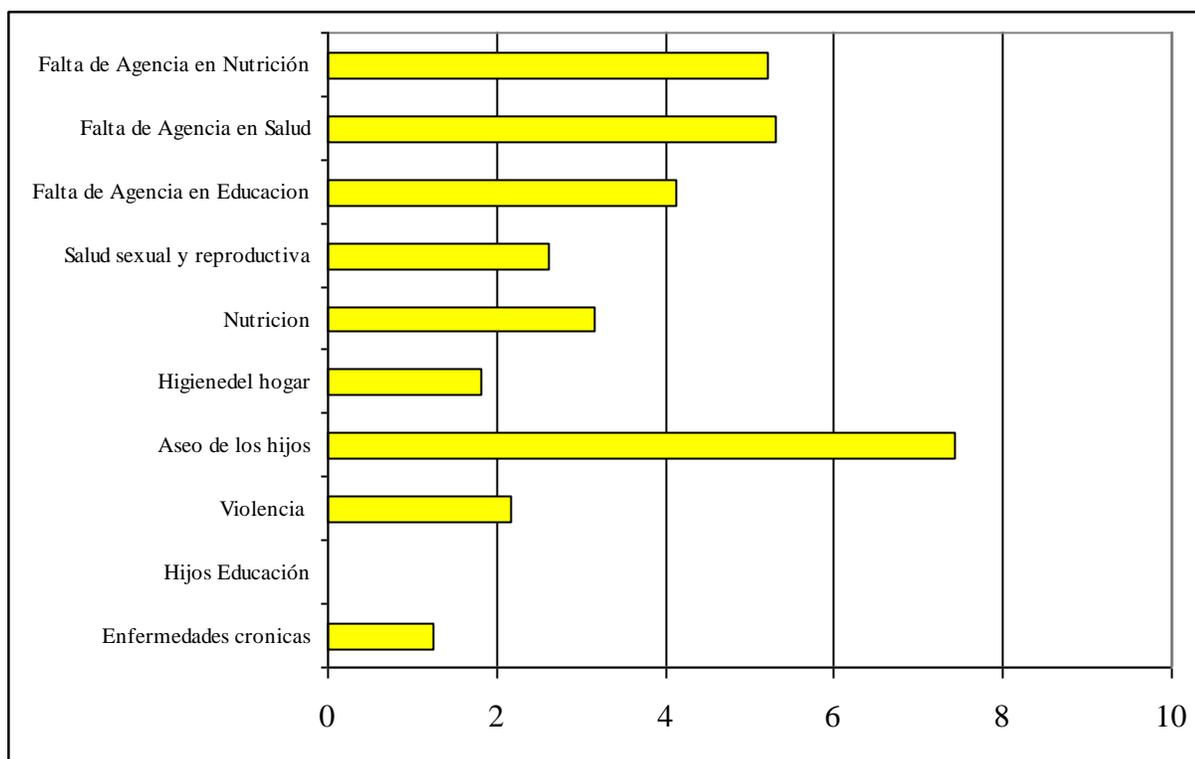


Figura 8. Resultados de Riesgo Psicosocial
Localidad: Juan R. Escudero, Villa de Guerrero, Estado de Guerrero.

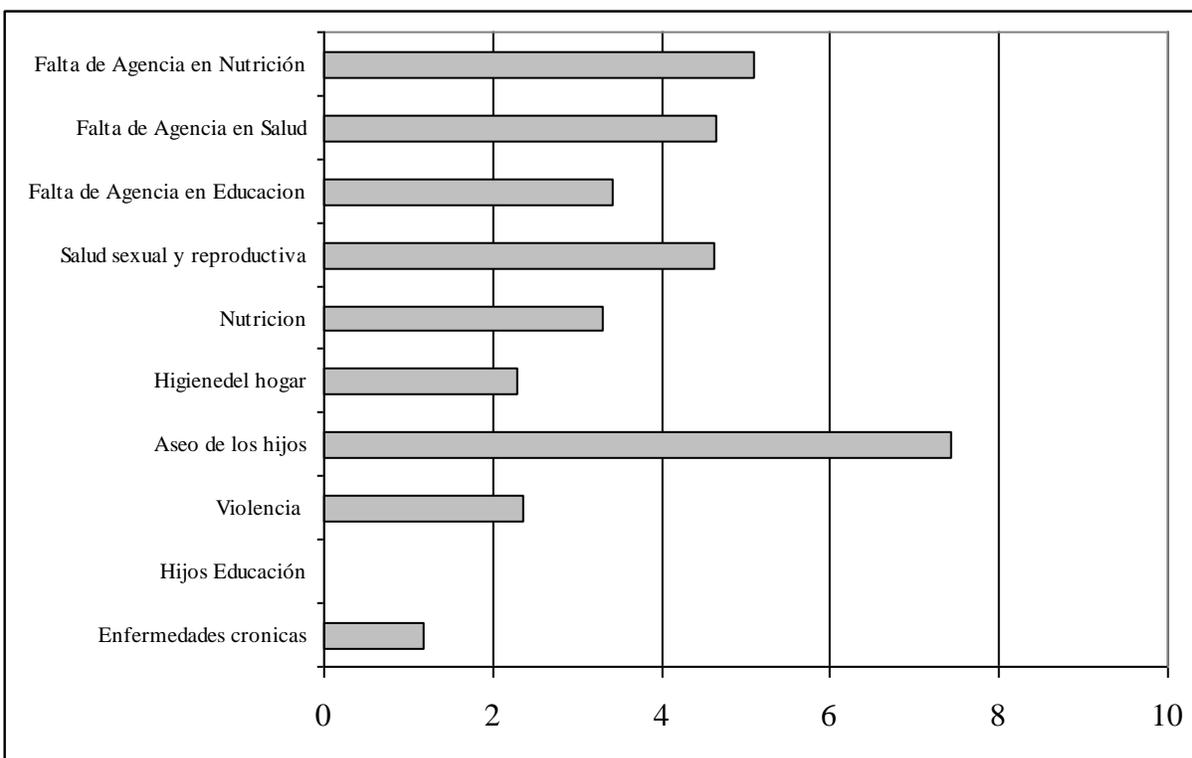
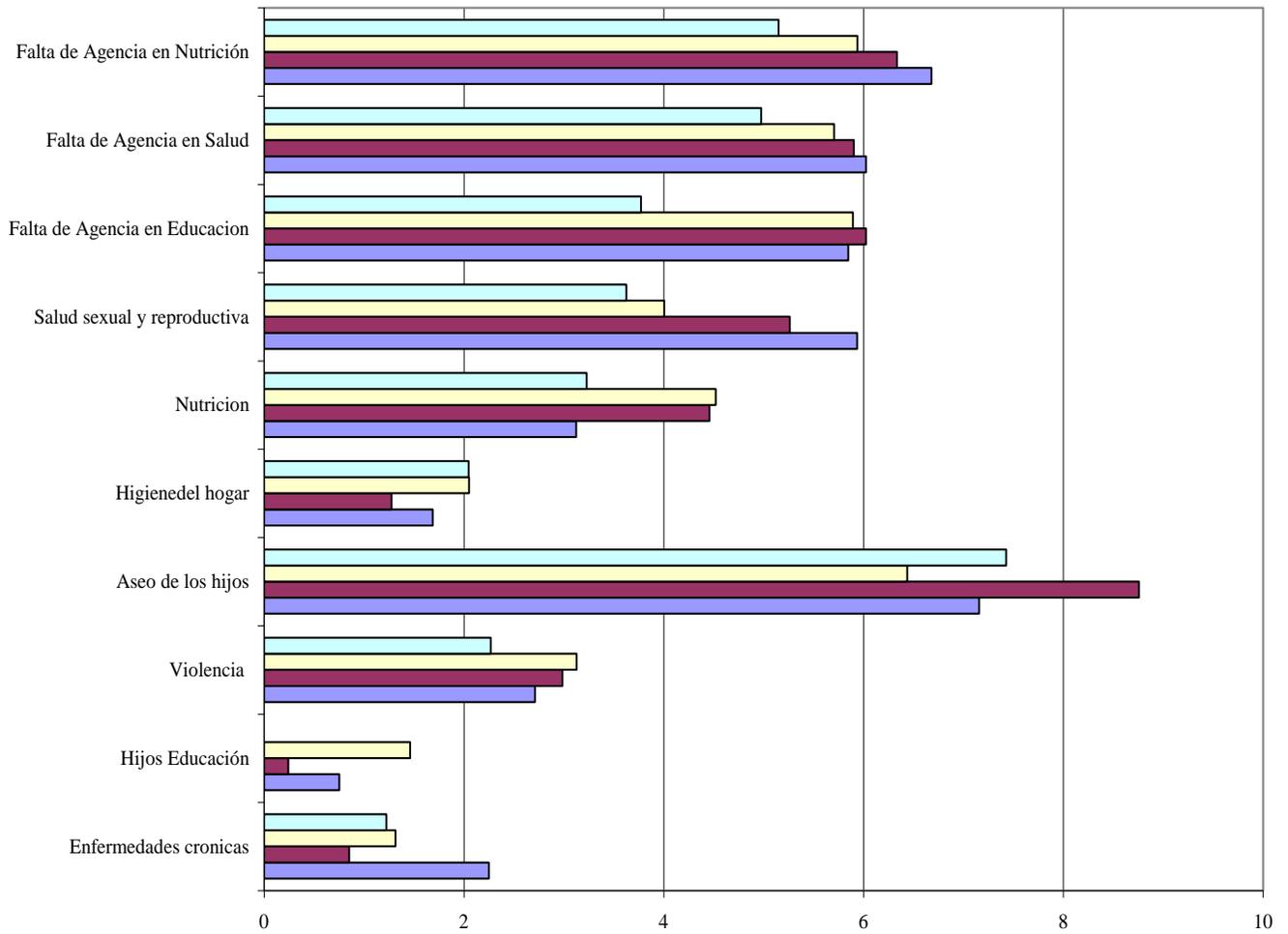


Figura 9. Resultados de Riesgo Psicosocial por Estado.



Estado de México.

Zacatecas.

Nuevo León.

Guerrero.

3.4. Elaboración del perfil de Riesgo Psicosocial

No fue posible obtener un perfil estandarizado debido a que la muestra no es lo suficientemente fuerte para establecer parámetros de estandarización. Se requerirá la aplicación de la nueva versión del instrumento a nivel nacional para determinar los parámetros de estandarización aplicables a todos los beneficiarios de programas sociales del padrón de SEDESOL.

Sin embargo para fines prácticos se desarrollo una forma de calificación para la nueva versión del Instrumento que tomará en cuenta aspectos de tipo individual y aspectos del hogar, como se describe a continuación:

1. Las dimensiones relacionadas con el componente **Hogar** son:

- A. Enfermedades crónicas
- B. Hijos-Educación
- C. Violencia familiar
- D. Observaciones relacionadas con la higiene del hogar y de los hijos.
- E. Observaciones relacionadas con la interacción del entrevistado con sus hijos (en caso de tenerlos y que se encuentren presentes).

A. Enfermedades crónicas

En la sección denominada Enfermedades Crónicas se otorgará un punto de Riesgo Psicosocial en el hogar de la persona se cuenta con alguna enfermedad crónica y que no recibe apoyo o tratamiento. De esta forma el puntaje menor es cero si la persona no cuenta en su hogar con alguien que padezca una enfermedad crónica o las personas que padecen este tipo de enfermedades en su hogar reciben el tratamiento adecuado.

La máxima calificación sería 5 si la persona cuenta en su hogar con personas que padezcan las cinco enfermedades crónicas mencionadas (Diabetes, enfermedades del corazón, presión o colesterol, enfermedades respiratorias crónicas, obesidad y enfermedades de las articulaciones) y no llevan tratamiento para ninguna de estas enfermedades. La mínima será de 0 si la persona no cuenta en su hogar con personas que padezcan las enfermedades mencionadas anteriormente o sí todos ellas reciben tratamiento para su enfermedad. Puede haber puntajes intermedios.

B. Hijos - educación

En la sección de hijos se sumarán 2 puntos de Riesgo Psicosocial si al menos uno de los hijos entre 5 y 12 años no asiste a la escuela y 1 punto si al menos uno de los hijos entre 13 y 15 años no asiste a la escuela. El puntaje máximo puede ser 3 y el mínimo 0. Puede haber puntajes intermedios.

C. Hogar violencia familiar

En la sección de violencia familiar si el encuestado tiene pareja actualmente y vive con ella, se sumará un punto por cada conducta de violencia que la pareja ejerza hacia el entrevistado siendo la mínima calificación 0 y la máxima 7 (preguntas de la 3 a la 7, 12a y 12b de esta sección). Puede haber puntajes intermedios.

En el caso de que la pareja tenga hijos, se sumará un punto por cada conducta de violencia que la pareja ejerza hacia los hijos (preguntas 8 a la 11 de esta sección). Siendo la puntuación máxima de 4 y la mínima de 0. Puede haber puntajes intermedios.

D. Hijos - higiene.

En la sección de hijos se sumará un punto de Riesgo Psicosocial si más de la mitad de los hijos presentes se encontraban sucios y otro punto si más de la mitad de los hijos presentes se encontraban sin calzado. De esta forma la puntuación máxima será de 2 si más de la mitad de los hijos presentes se encontraban sucios y sin calzado y la mínima será de 0 si menos de la mitad de los hijos presentes se encontraban sucios y sin calzado. Puede haber puntajes intermedios (1).

E. Interacción con los niños/as

En la sección de Observaciones en el caso de que la persona encuestada haya interactuado con niños/as durante la visita, se dará un puntaje de 1 por cada interacción negativa del encuestado con niños/as y un puntaje de 0 para cada interacción positiva. La puntuación máxima será de 7 si el encuestado interactuó totalmente de forma negativa con los menores (les gritó, insultó, golpeó, y no tuvo con los menores ninguna interacción positiva como tratarlos afectuosamente o escucharlos). La puntuación mínima será de 0 cuando la interacción con los menores haya sido totalmente positiva. Puede haber puntajes intermedios.

F. Hogar - higiene.

Finalmente también en la sección de observaciones se otorgará 1 punto por cada aspecto que denote falta de higiene en el hogar y 0 puntos si se observa higiene en el punto mencionado. La puntuación máxima en esta dimensión será de 10 y la mínima de 0. Puede haber puntajes intermedios.

2. Las dimensiones relacionadas con el componente **individual** son:

- A. Nutrición
- B. Salud Sexual y Reproductiva
- C. Agencia Personal
 - Locus de control
 - Iniciativa
 - Autonomía
 - Autoeficacia

A. Nutrición

En la sección de Problemas de Nutrición se sumará un punto de Riesgo Psicosocial por cada conducta de nutrición no saludable que realice con frecuencia (consumir refresco, comida frita, o bebidas alcohólicas) y un punto por cada conducta de nutrición saludable que **no** realice diariamente (comer frutas, comer verduras diariamente).

De esta forma el puntaje mínimo es 0 si no consume refresco, comida grasosa ni bebidas alcohólicas frecuentemente (preguntas 1, 4 y 5 de esta sección) y si come frutas y verduras diariamente (preguntas

2 y 3 de esta sección). El puntaje máximo será de 5 puntos si no consume frutas ni verduras y si consume refresco, alcohol y comida frita o grasosa frecuentemente. Puede haber puntajes intermedios.

B. Salud sexual y reproductiva

En la sección de Salud Sexual y Reproductiva se sumará un punto de Riesgo Psicosocial la forma de calificar es diferente para hombres y para mujeres. En el caso de que la entrevistada sea mujer se incluye una pregunta más referente a la prueba del Papanicolaou.

Se sumará 1 punto si la entrevistada es *mujer* y nunca se ha realizado la prueba del Papanicolaou o si tiene más de 12 meses sin realizarlo. También se sumará un punto de Riesgo Psicosocial si es activa sexualmente y no está embarazada o piensa embarazarse, pero no ha usado al menos un método anticonceptivo correctamente en todas sus relaciones sexuales. De esta forma el puntaje máximo de Riesgo Psicosocial en la sección Salud Sexual y Reproductiva en la mujer es de 2 y el mínimo es de 0. Puede haber puntajes intermedios.

Si el entrevistado es *hombre* se sumará 1 punto de Riesgo Psicosocial si es activo sexualmente y su pareja no está embarazada o piensa embarazarse, pero no ha usado al menos un método anticonceptivo correctamente en todas sus relaciones sexuales. De esta forma el puntaje máximo de Riesgo Psicosocial en la sección Salud Sexual y Reproductiva en el hombre es de 1 y el mínimo es de 0. No hay puntajes intermedios.

C. Agencia Personal

Locus de control

Tanto en el apartado de Educación de los hijos, como en el apartado de Salud y el de Nutrición la calificación de la escala de locus de control será similar. Los valores se signarán dando el mayor puntaje (2) al Locus de control externo (estar en manos de alguien más), el puntaje intermedio (1) al que reporte que depende un poco de los demás y (0) al que reporte no depender de los demás para hacer las cosas.

El puntaje de Locus de Control Externo en la secciones de Educación de los hijos (página 6, inciso a, preguntas 1 a 12) y Salud (página 8, inciso a, preguntas 1 a 12) se obtendrá sumando las puntuaciones obtenidas. El puntaje mínimo puede ser de cero y el máximo de 24. Puede haber puntajes intermedios.

Para Locus de Control en nutrición (página 10) si en el ítem 12 responde que ha tenido el impulso de consumir bebidas alcohólicas se toma en cuenta el puntaje del ítem 13. Si el entrevistado reporta que no toma o no ha sentido el impulso de consumir bebidas alcohólicas se considera un puntaje de 0 en el ítem 12 y no contará el ítem 13. El puntaje mínimo puede ser de cero y el máximo de 24. Puede haber puntajes intermedios.

Iniciativa

La forma de calificar será la misma para los apartados de Educación de los hijos (página 7, inciso b, pregunta 1), Salud (página 9, inciso b, pregunta 1) y Nutrición (pagina 11, inciso b, pregunta 1). Se otorgará 1 punto por cada actividad **no** catalogada que se tenga y 3 puntos si además el encuestado **no** ha realizado periódicamente la actividad mencionada.

De esta forma el puntaje máximo será de 20 en la sección de Educación de los hijos, 24 en la sección de Salud y 16 la sección de Nutrición, esto es, si la persona **no** menciona ninguna actividad para mejorar su situación o dice que **no puede hacer nada**, mientras que la calificación será de 0 para las personas que mencionen actividades en todas las categorías y que las realicen periódicamente. Puede haber puntajes intermedios.

En esta sección puede ser preciso que el encuestador deba realizar preguntas adicionales a la primera respuesta del encuestado o que repita la pregunta para catalogar correctamente la respuesta. La respuesta debe ser lo más específica posible.

Autonomía

Los puntajes de autonomía se asignará como dando la puntuación más baja, es decir 0 a las personas que denoten tomar decisiones anónimas y el más alto para las personas que tomen decisiones con base en lo opinan los demás (2) o lo que les dictan, indican u ordenan los demás (3). De esta forma en esta escala la puntuación mínima será de 0 y la máxima de 3.

En esta sección puede ser preciso que el encuestador deba realizar preguntas adicionales a la primera respuesta del encuestado o que repita la pregunta para catalogar correctamente la respuesta. La respuesta debe ser lo más específica posible.

Autoeficacia

La forma de calificar será la misma para los apartados de Educación de los hijos, Salud y Nutrición. Se otorgará un puntaje de 0 a la persona que reporte que si puede superar el problema mencionado, un puntaje de 1 a quien duda que pueda y un puntaje de 2 a quien consideré que no puede. El puntaje mínimo en esta escala será de 0 y el máximo de 8.

En la Tabla 18 se observan los puntajes máximos que pueden obtener los encuestados en caso de estar en total Riesgo Psicosocial. A mayor puntaje más Riesgo Psicosocial, dentro de la categoría correspondiente. Dependiendo de sus condiciones personales tales como sexo, relación de pareja, hijos menores de 15 años, interacción de los hijos con el encuestado durante la visita, etc.

Tabla 18. Puntajes máximos de Riesgo Psicosocial por categoría.

Puntaje Máximo	Características
190	Mujer, con pareja y con hijos/as, que están presentes y que interactuó con ellos/as
183	Mujer, con pareja y con hijos/as, que están presentes y que no interactuó con ellos/as
183	Mujer, con pareja y con hijos/as, que no están presentes
179	Mujer, sin pareja y con hijos/as, que están presentes y que interactuó con ellos/as

Puntaje Máximo	Características
172	Mujer, sin pareja y con hijos/as
125	Mujer, con pareja y sin hijos/as
120	Mujer, sin pareja y sin hijos
189	Hombre, con pareja y con hijos/as, que están presentes y que interactuó con ellos/as
182	Hombre, con pareja y con hijos/as, que están presentes y que no interactuó con ellos/as
182	Hombre, con pareja y con hijos/as, que no están presentes
178	Hombre, sin pareja y con hijos/as, que están presentes y que interactuó con ellos/as
171	Hombre, sin pareja y con hijos/as
126	Hombre, con pareja y sin hijos/as
121	Hombre, sin pareja y sin hijos

Una vez obtenida la calificación del encuestado se deberá convertir a una proporción o porcentaje, multiplicando la calificación del encuestado por 100 y dividiéndola entre la calificación máxima de la categoría correspondiente.

En fórmula:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = \frac{(\text{Puntuación del encuestado}) \times 100}{\text{Total de la categoría correspondiente.}}$$

La conversión de un puntaje bruto a un porcentaje nos permita obtener una calificación un poco más objetiva acerca del Riesgo Psicosocial del encuestado.

Por ejemplo, si encuestamos a una mujer que actualmente se encuentra en una relación de pareja pero que no tiene hijos y obtuvo una puntuación de 150 el porcentaje de Riesgo Psicosocial se calcularía como se muestra a continuación:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = \frac{\begin{array}{c} \text{Puntuación del encuestado} \\ \downarrow \\ (150) \times 100 \\ \uparrow \\ 172 \end{array}}{\text{Total de la categoría Mujer, sin pareja y con hijos/as}}$$

Así:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = \frac{15000}{172}$$

Dando como resultado:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = 87.2\%$$

En otro caso podríamos encuestar a un hombre, con pareja y con hijos/as, que están presentes durante la visita y que interactuó con ellos/as que obtuviera también una puntuación de 150 al transformarla en porcentaje obtendríamos lo siguiente:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = \frac{\text{Puntuación del encuestado} \downarrow (150) \times 100}{\uparrow 189}$$

Total de la categoría Hombre, con pareja y con hijos/as, que están presentes y que interactuó con ellos/as

Así:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = \frac{15000}{189}$$

Dando como resultado:

$$\text{Porcentaje de Riesgo Psicosocial} = 79.3\%$$

Aunque los dos obtuvieron el mismo puntaje bruto (150) la mujer se encuentra en mayor Riesgo Psicosocial (87.2%) que el hombre (79.3).

IV. Conclusiones

El instrumento fue eficaz para conocer el nivel de agencia personal en lo que se refiere a las subescalas de Locus de Control, Iniciativa y Autoeficacia. No obstante todas las escalas tuvieron modificaciones para mejorar la calidad del instrumento en cuanto a lenguaje, tiempo de aplicación y claridad en el caso de la subescala de Autonomía.

Uno de los aspectos a los que se enfrentaron los entrevistadores fue el bajo nivel de escolaridad de los encuestados, donde conceptos como “*dificultad*”, “*obstáculo*”, “*depende*” fueron complejos para entender, por lo que muchos ítems debieron ser eliminados o modificados en la versión final del instrumento, debido a que explicar un concepto o una pregunta sesga la respuesta volviéndola una respuesta que sea deseable y esperable.

Cuantitativamente las escalas se revisaron para ajustarlas y se desarrolló una nueva versión más corta y clara en cuanto a contenido lista para aplicarse y probarse a nivel nacional para obtener una escala confiable, válida y estandarizada de Riesgo Psicosocial (Ver Anexo B) y se desarrolló una forma de evaluación de acuerdo con esta versión final del instrumento.

Con los resultados obtenidos a partir de este piloteo se determinó que la falta de Agencia personal, de Higiene y la Violencia Familiar como factores de Riesgo Psicosocial en los hogares evaluados. Por tanto se recomienda desarrollar programas de cambio de conductas dirigidos a estos factores que cuenten con la base necesaria para fortalecer asimismo la agencia personal.

Recomendaciones para futuras aplicaciones:

- Ir acompañados por personal de SEDESOL y contar con su apoyo por cuestiones de seguridad y apoyo en caso de emergencia.
- Tener los contactos necesarios.
- Usar un padrón más actual.
- Identificar antes a la gente a la cuál se le va aplicar el cuestionario y de preferencia citarla en un solo lugar.
- Prevenirse en tiempo para abordar el transporte ya que es escaso.

Se requieren aplicadores con experiencia previa en entrevista y formación en ciencias sociales, para que puedan aplicar el instrumento de forma adecuada y obtengan resultados confiables, pues estos aplicadores deberán no sólo tener la capacidad para aplicar adecuadamente la encuesta cuya duración aproximada es de 30 minutos, sino que también tener la capacidad de calificar el instrumento y determinar el nivel de Riesgo Psicosocial de la persona encuestada.

Anexo C.

Definición y Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach

Dentro de la Teoría Clásica de los Tests (TCT) el método de consistencia interna es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems o reactivos que se espera midan el mismo atributo o campo de contenido. La principal ventaja de ese método es que requiere solo una administración de la prueba; además, los principales coeficientes de estimación basados en este enfoque son sencillos de computar y están disponibles como opción de análisis en los programas estadísticos más conocidos, como SPSS, Statistica o SAS.

El método de fiabilidad más utilizado en psicometría es el Alpha de Cronbach (desarrollado el año 1951). Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad. En ciencias sociales la regla común consiste en considerar:

- Un valor alpha menor a .50 como deficiente
- Un valor alpha de entre .51 y .69 como aceptable
- Un valor alpha de entre .70 en adelante como bueno.
- Un valor alpha de .85 o mayor es considerado un excelente índice de confiabilidad

El cálculo del coeficiente de Cronbach puede llevarse a cabo de dos formas:

a) Bien mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Siendo

S_i^2 la suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 la varianza del total de filas (puntaje total de los jueces)

K el número de preguntas o ítems.

b) o bien mediante la matriz de correlación de los ítems:

$$\alpha = \frac{np}{1 + p(n - 1)}$$

Siendo

n el número de ítems,

p el promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems.

