

Representaciones sociales de la salud infantil en mujeres rurales en Veracruz, México*

Social Representations of Children's Health among Rural Women in Veracruz, Mexico

Recibido: 01 Octubre 2019 | Aceptado: 24 Octubre 2020

ANA GABRIELA PERRONI-MARAÑÓN
Universidad Veracruzana, México
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0102-6344>
JEYSIRA JACQUELINE DORANTES-CARRIÓN
Universidad Veracruzana, México
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0633-5931>
GUADALUPE AMESCUA-VILLELA
Centro de Estudios e Investigación Gestálticos, México
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0984-2883>
SIMONETA NEGRETE-YANKELEVICH
Instituto de Ecología, A. C., México
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4429-6662>
ALEJANDRA NÚÑEZ-DE LA MORA^a
Universidad Veracruzana, México
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1609-0771>

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar, mediante la perspectiva teórica de las representaciones sociales (RS), los conocimientos de sentido común construidos por mujeres adultas que viven en situación de pobreza, respecto a la salud de sus hijos, con el fin de generar evidencia útil en el diseño de intervenciones cultural y socialmente relevantes en materia de salud infantil a nivel comunitario. En el estudio, participaron mujeres adultas parteras habitantes de una comunidad rural en condiciones de pobreza del municipio de Ayahualulco, Veracruz, México. La representación de la salud infantil en las mujeres gira alrededor de la noción de ausencia *visible* de enfermedad física grave que limite las actividades diarias. Este concepto de salud #en el contexto de una comunidad en transición epidemiológica, donde se espera un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas cuyos síntomas iniciales son de índole metabólico# presenta un reto importante para los esfuerzos de prevención.

Palabras clave

representaciones sociales; salud infantil; mujeres; comunidad rural; pobreza; México.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: alnunez@uv.mx

ABSTRACT

The aim of this study was to use social representations theory to identify the common knowledge about children's health among parous adult women living in poverty in a rural community in Ayahualulco, Veracruz, Mexico. The ultimate goal was to generate useful evidence to inform the design of culturally and socially relevant interventions at the community level. Our results show that women's notion of illness is constructed around visible symptoms and signs of low mood and limited performance and activity. In a community where prevalence of chronic metabolic disease is expected to increase as a result of the epidemiological transition, this socially constructed concept of health presents an important challenge for education and prevention efforts, as

Para citar este artículo: Perroni-Marañón, A. G., Dorantes-Carrión, J. J., Amescua-Villela, G., Negrete-Yankelevich, S., & Núñez-de la Mora, A. (2020). Representaciones sociales de la salud infantil en mujeres rurales en Veracruz, México. *Universitas Psychologica*, 19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.rssi>

many of the non-transmissible diseases show few recognizable signs in their early stages.

Keywords

social representations; child health; women; rural community; poverty; Mexico.

La pobreza es el principal reto para la salud integral de las poblaciones, particularmente en países en desarrollo (Annan, 2001). La inseguridad alimentaria, falta de higiene, acceso limitado e insuficiente a servicios de salud, educación, infraestructura sanitaria y agua potable, así como condiciones psicosociales de desigualdad de género, violencia, escasas oportunidades de trabajo y discriminación son los principales determinantes sociales que influyen de manera crucial en la forma de vivir y, consecuentemente, en la salud, particularmente la de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres en edad reproductiva (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2018). En países de mediano y bajo ingreso, los individuos que viven en zonas rurales están desproporcionadamente afectados por estos determinantes sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), seis de cada diez personas que viven en zonas rurales no tienen ingresos laborales suficientes para adquirir la canasta básica (CONEVAL, 2019). En dicho contexto, las muertes por enfermedades transmisibles, tales como la diarrea, neumonía, desnutrición y anemia, y por acceso inadecuado a servicios e infraestructura de salud (Unicef, 2016) están presentes. Particularmente, el riesgo de morir por diarrea es 13 veces más alto en las mujeres que habitan en municipios de menor desarrollo humano, comúnmente rurales e indígenas; tienen 10.6 veces más de morir por anemia y 5.3 veces más de morir por complicaciones de una apendicitis que sus contrapartes en municipios urbanos de mayor desarrollo (Lozano, 2012).

En contextos de pobreza multidimensional e inseguridad alimentaria, donde los individuos son significativamente más vulnerables, se hace

urgente no solo identificar y describir la prevalencia de problemas de salud, sino conocer la percepción, las actitudes, las creencias, el conocimiento y la forma de pensar, en relación con la salud, de las personas que viven en estos escenarios, con el fin de adaptar los programas de fomento, cuidado y preservación de la salud, así como responder a realidades específicas.

Existe amplia evidencia de que el acceso a la información, el empoderamiento de las mujeres (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015), el desarrollo de habilidades para la vida (Pick, García-Rodríguez et al., 2011), la alfabetización (Palomar-Lever, 2015) y el desarrollo de actitudes proactivas y prácticas de higiene y autocuidado (Biran et al., 2014) permean en conductas favorables que impactan positivamente la salud de las mujeres y sus hijos. Derivado de ello, en años recientes, se ha visto un notable interés por incorporar variables psicológicas y culturales en investigaciones sobre los determinantes de la salud infantil (De Silva & Harpham, 2007 citados en Perroni et al., 2018, p. 215).

En México, se ha probado que el efecto de fortalecer las habilidades para la vida (Pick, Beers et al., 2011) repercute favorablemente en la salud, lo cual abre un abanico de posibilidades para proponer mecanismos de cambio centrados en el individuo para influir positivamente en la salud de las poblaciones. Esta aproximación parte de un paradigma distinto al que utiliza la epidemiología, en tanto que el objetivo es abordar los aspectos psicoculturales asociados a la experiencia y determinantes de la salud.

Es importante mencionar que Serge Moscovici, en su tesis doctoral *El psicoanálisis, su imagen y su público* (1979), definió las representaciones sociales como “una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que se convierten en comunes” (p. 16). Estas imágenes se forman a partir de un objeto en un contexto social concreto, del cual se capta la realidad desde la mirada de los individuos, quienes se apropian y expresan una opinión proveniente del exterior. En este sentido, las personas se comunican, se posicionan ante un objeto, lo comprenden y

comparten pensamientos, formas de ver las cosas, e interpretan su realidad a partir de un contexto social y cultural determinado. Jodelet (2010) precisa que:

[...] los estudios desarrollados en el campo de las representaciones sociales toman por objeto tanto a los individuos como a los participantes activos en redes y contextos sociales, como a colectivos de naturaleza variada (grupos, comunidades, conjuntos definidos por una categoría social, etc.). (p. 210)

Además, “La representación interviene en el proceso de la subjetivación como objeto de un trabajo de reflexión” (Jodelet, 2010, p. 215), y en este sentido deben ser estudiadas para poder comprender la realidad social. Hoy en día, la perspectiva teórica de las representaciones sociales (RS) (Moscovici, 1979) ha sido utilizada en diversas investigaciones y contextos de desarrollo de varios países del mundo (Abric, 1994; Banchs et al., 2007; Doice et al., 2005), y ha mostrado su valor como guía para la comprensión de las realidades sociales (Dorantes, 2018; Rodríguez, 1983) y la intervención comunitaria (Banchs, 2007), al revelar los sistemas de significaciones que permiten interpretar el desarrollo de los hechos y las interacciones de un grupo social en una realidad determinada (Dorantes, 2013).

La representación es como una forma de saber práctico que vincula el sujeto con el objeto... Una representación social es siempre una representación de alguna cosa (objeto) por alguien (el sujeto). Las características del objeto y del sujeto tendrán una incidencia sobre lo que ella es. (Jodelet, 1989, p. 43, como se cita en Castorina et al., 2007, p. 160).

Asimismo, debe destacarse que “las representaciones sociales hacen que el mundo sea lo que pensamos que es o que debe ser” (Moscovici, 1979, p. 39). En este sentido, Jodelet (2010) sostiene que:

[...] el enfoque de las representaciones sociales puede proporcionar la mejor contribución. Mejor por las maneras en que los sujetos ven piensan, conocen, sienten e interpretan su

mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas. Difícil, porque las representaciones sociales son fenómenos complejos, [...] por lo que propone] un marco de análisis que permite situar el estudio de la representación social en el juego de la subjetividad. (p. 223)

Es importante mencionar que en el estudio fue necesario trabajar con tres dimensiones de análisis: información, actitud y campo de representación (Moscovici, 1979, p. 39).

La información –dimensión o concepto– se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social; la dimensión campo de representación nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación; la actitud acaba de descubrir la orientación global en relación al objeto de representación social [...], toma una posición directa. (Moscovici, 1979, pp. 45-47)

De manera conjunta, las tres dimensiones permitirán captar las representaciones sociales y comprender los pensamientos de las mujeres; en este aspecto, Jodelet (2008) explica que:

[] los sujetos comprenden e interpretan de manera diferente la situación en que se encuentran [...], se presentan bajo formas variadas de imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permite interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver. (pp. 470-472)

Es de esta forma que en el análisis de las representaciones sociales se “permite indagar acerca de estas visiones del mundo, estudiar las formas de conocimiento social, conocer cuál es la repercusión del sistema social sobre nuestras formas de conocimiento, estudiar qué regulaciones sociales actualizan determinados funcionamientos cognoscitivos en contextos

específicos” (Flores, 2005 como se cita en Doice et al., 2005, p. 10).

Particularmente, nos interesa estudiar, conocer y comprender las representaciones sociales de un grupo de mujeres sobre la salud infantil en una comunidad rural mestiza, de nombre Ayahualulco del estado de Veracruz (México), en condiciones de pobreza y alta marginación (CONEVAL, 2019), tomando como sitio de estudio la comunidad de Ocotepc (Veracruz). Es importante conocer sus representaciones sociales y “su pensamiento ingenuo, del sentido común”, (Abrić, 1994), como “una forma de conocimiento específico, que es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía y la cultura” (Jodelet, 2008, pp. 474-475).

El estudio se enmarcó en un proyecto multidisciplinario de investigación y desarrollo comunitario: DeMano (Desarrollo de Mujeres y Niños de Ocotepc), establecido en 2009 en Ocotepc, una comunidad agrícola del municipio de Ayahualulco, en el estado de Veracruz. Dicho proyecto está enfocado en explorar la relación entre las prácticas y productividad agrícola con la seguridad alimentaria y la salud infantil. El proyecto DeMano ha contribuido al fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales de las mujeres participantes, a través de iniciativas como la creación de un invernadero comunitario, una cooperativa y la comercialización de productos locales con comercio justo, grupos de costura y talleres de cuidado de la salud.

Método

Sitio de estudio

El estudio se llevó a cabo en Ocotepc, una comunidad mestiza ubicada en la ladera occidental del Cofre de Perote, municipio de Ayahualulco, a 106 km de Xalapa, la ciudad capital del estado de Veracruz, México. Esta comunidad agrícola, de aproximadamente 80 hogares y 550 habitantes, depende en gran medida de la productividad de sus

‘milpas’ (terrenos familiares destinados a la agricultura, donde se producen maíz y cultivos asociados). El escaso ingreso monetario de la comunidad proviene de envíos de dinero por familiares, en particular de esposos, hijos e hijas mayores, que poseen empleos poco remunerados en las ciudades de Xalapa y Ciudad de México, así como de la transferencia bimestral de dinero en efectivo del Programa de Inclusión Social Prospera, del Gobierno federal. Este programa otorga beneficios principalmente en becas educativas y transferencia monetaria para cubrir gastos de alimentación y acceso a servicios de salud para la población en pobreza extrema, dirigidos a mujeres, adultos mayores y estudiantes desde el nivel básico hasta media superior (Gobierno de México, 2018). Además de las transferencias monetarias, Prospera realiza intervenciones en el área de la promoción y orientación comunitaria en salud, medicina preventiva, atención peri-postnatal, esquemas de vacunación, salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia hacia las mujeres y enfoque de género (Secretaría de Gobernación, 2017).

Cabe señalar que Ocotepc presenta índices de marginación (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2011) y desarrollo humano arquetípicos de las comunidades rurales en situación de pobreza en México (United Nations Development Programme [UNDP], 2018): inseguridad alimentaria grave; altos niveles de analfabetismo en adultos; alta morbilidad infantil, predominantemente debido a infecciones respiratorias e intestinales agudas; pobre infraestructura sanitaria; bajos índices de calidad de vida y espacios en la vivienda; vulnerabilidad económica; rezago educativo y acceso limitado a servicios de atención primaria a la salud (CONEVAL, 2019).

Muestra

Mujeres paras, mayores de edad y residentes permanentes de la comunidad que aceptaron participar de manera voluntaria (n = 95) y que

otorgaron su consentimiento (verbal o escrito) para ser entrevistadas en sus hogares; la muestra corresponde al 85 % de las mujeres paras residentes en la comunidad al momento del estudio.

Obtención de datos

Se diseñó, piloteó y validó un cuestionario *ad hoc*, como técnica de investigación para explorar las representaciones sociales sobre la salud infantil en la comunidad de estudio.

El cuestionario es hasta hoy la técnica más utilizada en el estudio de las representaciones sociales, permite introducir los aspectos cuantitativos fundamentales en el aspecto social de una representación, permite identificar la organización de las respuestas; poner de manifiesto los factores explicativos o discriminantes de una población; identificar y situar las posiciones de los grupos estudiados respecto a sus ejes explicativos. (Abric, 1994, p. 56)

El instrumento incluyó 35 preguntas de opción múltiple, dos preguntas abiertas y dos soportes gráficos divididos en cuatro secciones: I) Datos sociodemográficos; II) Conocimiento relacionado con la salud; III) Actitud hacia la salud; IV) Campo de representación. Los contenidos temáticos del cuestionario consistieron en los siguientes rubros:

- Cuidados en salud.
- Higiene.
- Promoción de la salud.
- Uso de servicios de salud.
- Pensamientos en pro de la salud.
- Acciones en pro de la salud.
- Percepción de la salud.

Debido a que el 65 % de las participantes no sabía leer y escribir, el cuestionario fue aplicado por la autora principal en sus hogares, de forma individual y a manera de entrevista, con una duración aproximada de 30 minutos. El trabajo de campo se realizó durante 42 visitas a la comunidad, en el periodo de noviembre de 2015 a marzo de 2017.

Análisis de resultados

Los datos de los 95 cuestionarios obtenidos se analizaron estadísticamente mediante SPSS versión 21. Se generaron estadísticos descriptivos con la información de las siguientes secciones (Tablas 1 y 2):

- I. Datos sociodemográficos.
- II. Conocimiento relacionado con la salud.
- III. Actitud hacia la salud.

A partir de las respuestas de las mujeres, se formuló un índice *ex professo* para las dimensiones de información y actitud. La dimensión de información incluyó los siguientes indicadores:

- Conocimientos de cuidados básicos en salud.
- Higiene.
- Promoción de la salud.
- Uso de servicios de salud.

Los indicadores para la dimensión de actitud fueron pensamientos y acciones en pro de la salud, en específico la resolución de problemas de salud; la asistencia de los hijos a todas las consultas médicas requeridas por el centro de salud; haber realizado una queja ante las autoridades de salud en situaciones en las que se percibe una injusticia en el trato recibido; capacidad de expresar dudas durante las indicaciones del personal de salud y asistencia a las revisiones rutinarias médicas para prevenir enfermedades.

A las opciones de respuesta de cada indicador se les asignó un valor de 0 a 5: valor 0 para la ausencia de respuesta y 5 para respuestas que denotan un mayor conocimiento o actitud favorable hacia el cuidado de la salud. Los valores de las respuestas a las dimensiones de información y de actitud (valores 0-5) fueron asignados con base en el orden de prioridad de las acciones e información que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud (SS) recomiendan como indispensables para mantener una salud infantil adecuada (Secretaría de Salud, 2003).

Para el análisis de la dimensión del campo de representación se utilizaron dos preguntas

abiertas y los soportes gráficos. Las preguntas abiertas planteadas fueron: “para usted, ¿qué es la salud infantil?” y “para usted, ¿qué es ser madre?”. Esta última se preguntó con la finalidad de explorar la relación entre las nociones de maternidad y la salud de las mujeres participantes en el estudio.

Cabe señalar que se respetó la originalidad de las respuestas para poder captar las opiniones libres y espontáneas. Estas dieron lugar a la creación de un cuerpo de texto que fue tratado mediante estadística textual ([AEDT]; Bécue et al., 1992; Hernández-Maldonado et al., 2015). El AEDT se basa en la comparación de las formas gráficas (palabras, números o una cadena de caracteres) para definir e identificar las palabras que integran el conjunto de textos. Se toma en cuenta tanto la forma como el fondo del discurso (Hernández-Maldonado et al., 2015, p. 56). Se utilizó el *software* SPAD-T Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles versión 5.6 para el AEDT.

Específicamente, se calcularon frecuencias para cada palabra utilizada en la totalidad del vocabulario incluido en las respuestas de las encuestadas. Se seleccionaron las respuestas características o respuestas modales (palabras que se obtienen al comparar el texto de cada categoría con el texto total), utilizando el criterio de selección valor-test, que favorece las respuestas cortas. Para obtener las probabilidades de las respuestas características se emplea la Ley Hipergeométrica (Bécue et al., 1992). Finalmente, se seleccionaron los vocablos más representativos y se analizó la asociación entre su uso y los grupos de variables sociodemográficas incluidas en la Tabla 1. También fue empleado el instrumento de investigación denominado soportes gráficos, que trata de “tener acceso a las representaciones” (Perroni et al., 2018, p. 219), por medio de dibujos e imágenes. Estos soportes gráficos:

[...] permiten poner en evidencia elementos constitutivos de la representación, penetrar con cierta facilidad en los elementos organizadores de la producción o representación producida [...]. Son un conjunto estructurado y organizado alrededor de elementos o significaciones

centrales que permiten identificar el contenido y formular hipótesis sobre los elementos centrales de la representación. (Abric, 1994, p. 58)

Estas imágenes o soportes gráficos fueron presentados a las mujeres de Ocotepéc, en su mayoría analfabetas. Las imágenes facilitaron la expresión verbal o gráfica de una idea/concepto/construido. Particularmente, se mostraron imágenes a color y de acceso libre (bajo la licencia reutilización no comercial creative commons images de GOOGLE imágenes) de niños con diferentes características de aseo personal y de expresión facial; estas fueron seleccionadas por las mujeres, quienes indicaban cuál niño representaba el más sano. Además, se exhibieron imágenes de madres e hijos haciendo diferentes actividades, como amamantar, cocinar, arrullar, jugar y limpiar, y se les pidió que eligieran la que mejor representaba a una madre. La obtención, manejo y uso de la información se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de investigación con participantes humanos (Asociación Médica Mundial [AMM], 2013). El proyecto fue avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana (CONBIOÉTICA N.º 30CECEI00820150409).

Resultados

Características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres participantes

Noventa y cinco mujeres adultas que viven en situación de pobreza, madres de familia residentes de la comunidad de Ocotepéc, Veracruz, participaron en el estudio. El promedio de edad de la muestra fue de $X = 39.9 \pm 15$ años [18 – 83]. En las Tablas 1 y 2 se muestran las características sociodemográficas y reproductivas de las participantes en el estudio.

Tabla 1
Características sociodemográficas de las participantes en el estudio

Variable	Porcentaje total (%)	n
<i>Grupo de edad</i>		
18 a 30 años	33.7	32
31 a 50 años	46.3	44
51 a 83 años	20	19
<i>Tipo de Familia</i>		
Mujer e hijos	20	19
Nuclear (madre, padre e hijos)	25.3	24
Extendida (nuclear más otros miembros consanguíneos)	54.7	52
<i>Tamaño del hogar</i>		
1 persona	1.1	1
2 a 6 personas	67.4	64
7 a 10 personas	26.3	25
11 o más personas	5.3	5
<i>Beneficiaria del programa PROSPERA</i>		
Sí	73.7	70
No	26.3	25
<i>Empleo ocasional remunerado *</i>		
Sí	37.9	36
No	62.1	59
<i>Alfabetismo</i>		
Sí sabe leer y escribir	35	33
No sabe leer y escribir	65	62

*Actividad laboral remunerada durante los pasados tres meses reportada por la mujer entrevistada. Jornada agrícola, lavado de ropa ajena y trabajo en huerto comunitario y cooperativa.

Tabla 2
Características reproductivas de las participantes en el estudio

Grupo de edad	Número de partos (%)			Número de muertes infantiles < 5 años (%)		Mujeres (n)
	1 a 3	4 a 7	8 a 12	1 a 3	4 a 7	
18 a 30	32.6	1	0	1	0	32
31 a 50	8.4	21	9.4	18.9	1	44
51 a 83	0	9.3	12.6	14.7	4.2	19
<i>Edad de fallecimiento < 5 años</i>						Porcentaje (%)
Al nacer a 40 días						35
40 días a 12 meses						30
13 meses a 5 años						24
No recuerda						11
<i>Causas de muerte en niños < 5 años</i>						Porcentaje (%)
Congénitas						17
Enfermedades prevenibles o curables						28
Accidentes						11
No recuerda						44

*Toda la información sobre aspectos reproductivos, de mortalidad y morbilidad infantil es autorreportada y no fue cotejada con ninguna fuente o registro oficial. Las enfermedades prevenibles o curables reportadas fueron infecciones respiratorias e intestinales agudas, sarampión y alfilería, término proveniente de la lengua indígena totonaca, que posiblemente pueda identificarse en la medicina académica como meningitis o tétanos neonatal (UNAM, 2009).

Análisis de las dimensiones de las representaciones sociales

Información

La dimensión de información representa el índice global de los indicadores (Moscovici, 1979): conocimientos de cuidados básicos en salud, higiene, promoción de la salud y uso de servicios de salud. En términos de información de las mujeres adultas que viven en situación de pobreza, respecto a la salud infantil de sus hijos, el 32 % estuvieron muy informadas, el 30 % informadas, el 35 % poco informadas y el 3 % no informadas. Las mujeres entre 31 y 50 años mostraron ser las más informadas, seguidas de las de 52 a 83 años, en contraste con las mujeres de 18 a 30 años, quienes fueron las menos informadas.

En términos del nivel de información, las entrevistadas mostraron estar mayormente informadas en temas de higiene y aseo personal, en específico, acerca de los beneficios de beber agua hervida, lavarse las manos antes y después de ir al baño y de cada comida, bañar a los niños, y desinfectar frutas y verduras. En segundo lugar, en temas relacionados con cuidados para la salud, en particular, sobre la importancia de asistir al control médico, vigilar talla y peso de los niños y cumplir con el esquema de vacunación. La información sobre aspectos de promoción de la salud ocupó el tercer lugar: temas relacionados con la planificación familiar, uso de anticonceptivos, la importancia de la lactancia y de la desparasitación regular. En último lugar se ubicó la información acerca del uso de servicios de salud, en particular, lo que se refiere a asistir de forma regular a pláticas sobre cuidados de la salud.

En cuanto a la asociación de la dimensión de información con las características sociodemográficas de la muestra, se encontró que las mujeres adultas en situación de pobreza que saben leer y escribir, con más años de educación formal y mayor tiempo recibiendo apoyo de Prospera, tienen más información en temas relacionados con el cuidado para la salud que

sus contrapartes analfabetas y no beneficiarias de Prospera ($p < 0.05$ chi cuadrado $n = 95$).

Actitud

La dimensión de actitud representa el índice global de los indicadores pensamientos y acciones en pro de la salud (Moscovici, 1979). El 29 % de las participantes reflejaron estar muy de acuerdo con la importancia de tener pensamientos y acciones en pro de la salud, el 23 % de acuerdo, el 43 % en ocasiones de acuerdo y el 5 % indiferentes.

Se encontró que, independientemente de la edad, estado civil, literacidad o pertenencia al programa de Prospera, las mujeres reportaron estar a favor de realizar acciones para que sus hijos tuvieran un mejor estado de salud. Sin embargo, expusieron tener dificultades cuando las acciones requieren agencia personal, empoderamiento, habilidades para las relaciones interpersonales y autoestima. Las mujeres con mayor escolaridad reportaron específicamente realizar acciones en pro de la salud, tales como quejarse con las autoridades de salud cuando perciben ser tratadas injustamente, reconocer y preguntar el tipo de vacunas que requieren sus hijos, además del cumplimiento del esquema de vacunación. Al respecto, observaciones directas durante las entrevistas en campo revelan que las mujeres con más años de educación escolarizada tienden a tener su casa, baño y traspatio limpios, así como mejor aseo personal y de sus hijos.

Campo de representación

Para determinar el campo de representación (Moscovici, 1979), se utilizaron las narrativas derivadas de las preguntas abiertas, preguntas de asociación libre y las respuestas a los soportes gráficos. Las participantes establecieron expresiones y asociaciones entre la salud y el estado emocional de sus hijos: ellas identifican que estar sano es cuando “un niño se muestra alegre y con capacidad de realizar actividades físicas”. Dicha percepción expresada se confirmó cuando se les pidió que seleccionaran la imagen

que representara a un niño sano entre los soportes gráficos: el 59 % optó por la imagen que incluía a un niño con rostro alegre, a pesar de que este daba muestras de una precaria higiene corporal. También expresaron que el niño estaba en compañía de un perro cachorro, por lo cual seguramente tendría un compañero de juego. En línea con este hallazgo, al preguntarles cómo consideran su salud y la de sus hijos, el 56 % expresó percibirla como buena, el 9 % muy buena y el 35 % como regular. Esto resulta interesante, en contraste con las claras señales de falta de salud entre los miembros de la comunidad de estudio, expresada en términos de una alta morbilidad infantil asociada a infecciones respiratorias e intestinales agudas; una importante prevalencia de desnutrición infantil crónica; precaria higiene corporal y bucal; parasitosis prácticamente universal, y sobrepeso y obesidad generalizada en las mujeres adolescentes y adultas (datos en preparación). Aún, con este contexto de fondo, las mujeres se consideran sanas y a sus hijos también los valoran como sanos. Asimismo, es relevante que el 42 % de las entrevistadas no consideró que el ingreso económico estuviera relacionado con gozar de buena salud.

De igual manera, la representación social de la maternidad estuvo asociada a conductas de nourishment (nutrición) no solo nutricionalmente, sino con un fuerte componente emocional: el 68 % consideró la imagen de una mujer amamantando a su bebé como aquella que mejor representaba a una madre, resaltando el hecho de que ella se mostraba sonriente y feliz. Las mujeres recalcaron que la práctica de amamantar define a una ‘buena madre’.

Elementos asociados a la representación social de la salud infantil

Los resultados del análisis textual permitieron identificar los elementos que las mujeres asocian a la salud infantil durante el primer periodo de vida de sus hijos, es decir, desde el nacimiento hasta que aprenden a caminar, etapa en la que

son considerados por ellas como bebés. Entre los principales elementos se encontraron:

La prevención (manifiestada a través de la importancia que las mujeres otorgan a la vacunación y la alimentación infantil, particularmente el amamantamiento);

La higiene (mediante la importancia otorgada a lavarse las manos antes de comer, hervir el agua para beber, bañar a los hijos);

La protección (cuidarlos de accidentes y protegerlos del frío) y

Los aspectos psicosociales de la crianza (procurar una crianza amorosa y un estado de ánimo alegre).

Dicho análisis demuestra también que, como se mencionó anteriormente, la salud propia y de sus hijos es conceptualizada por ellas como la ausencia de enfermedad física grave que limite la actividad, así como la prevalencia de un estado de ánimo alegre (Figura 1). Los siguientes ejemplos muestran respuestas características de las mujeres con respecto a la pregunta “para usted, ¿qué es la salud infantil?”.

- V.1.332 (valor-test) “Estar bien, cuidarla bien, protegerla bien; anda tranquila, gustosa, juega” (mujeres de 18 a 30 años).
- V. 0.819 (valor-test) “Cuidarlos, protegerlos, lavarse las manos antes de ir al baño, protegerlo del frío” (mujeres de 31 a 50 años).
- V.1.267 (valor-test) “Pues haga de cuenta que yo los veía a mis hijos que cuando estaban sanitos pos tomaban bien el pecho y cuando empezaban a comer les daba de comer, así es como los veía que estaban sanitos” (mujeres de 51 a 83 años).

Figura 1. Elementos asociados a la representación social de la salud infantil por las mujeres participantes



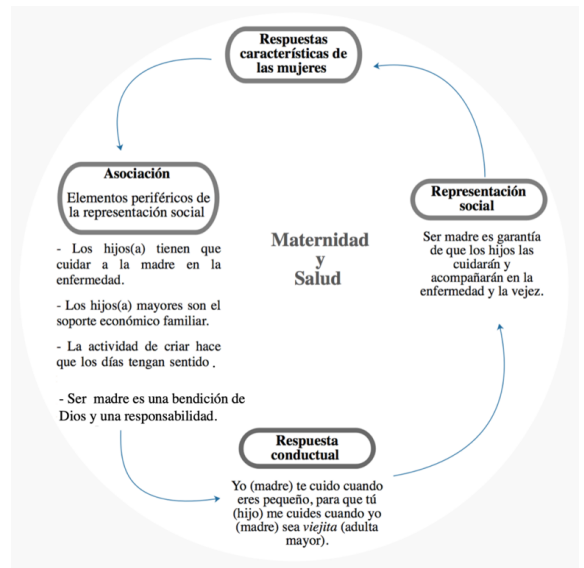
Fuente: Elaboración propia con ilustración de Ruiz Moreno (2018).

El análisis de las respuestas a la pregunta “para usted, ¿qué es ser madre?” revelan una asociación

de la representación social de lo que significa ser madre a 1) una experiencia emocional vital y 2) una garantía de compañía y cuidado para la madre durante la enfermedad y la vejez (Figura 2). Algunos ejemplos de las respuestas características con valores test más altos son:

- V.1.053 (valor-test) “[Ser madre] es amor, cariño, cuidarlos mucho. Estoy feliz siendo madre; los hijos nos dan la alegría y se siente bien ser mamá, feliz y emocionada. Es una bendición y estoy acompañada” Grupo 18 a 30 años.
- V. 0.618 (valor-test) “Se siente bien ser mamá, a veces no tienes ni quién te traiga un vaso de agua, así lo mandas [referencia a los hijos e hijas] y te trae un mandado. Yo creo que si no tienes hijos das lástima; un hijo tiene que ver por uno [referencia a la madre] cuando ya es grande, es apoyo” Grupo de 31 a 50 años.
- V.0.570 (valor-test) “Hay que tener una familia con uno [hijo] que tenga, mejor dos [hijos]. Está bien porque se malea usted [referencia a enfermedad] y ‘no seas tan malo hijo’ [le dice al hijo], ni modo que diga ‘mamá ahí estate muriendo no te voy a llevar a curar’, ¡nooo! Él [hijo] ve con Dios como le hace y él va a ser que se cure usted [referencia a la madre], por lo menos un vasito con agüita le dan a uno” Grupo de 51 a 83 años.

Figura 2. Representación social de la maternidad con relación a la salud de las mujeres



Discusión

Los entornos social, ambiental y cultural son determinantes del comportamiento, ya que son elementos que crean, cambian o preservan las conductas e interpretación de las personas sobre la salud. La propuesta de este trabajo fue analizar, conocer y comprender las representaciones sociales sobre la salud infantil y su relación con la maternidad que tienen un grupo de mujeres que viven una comunidad rural con índices de marginación. El contexto de pobreza

en el que viven las mujeres de Ocotepéc, la comunidad de estudio, incrementa notablemente los riesgos de mortalidad y morbilidad infantil, particularmente los relacionados con enfermedades prevenibles en las que la agencia personal, el empoderamiento (Pick et al., 2007), el desarrollo de habilidades de vida (OMS, 1997) y las capacidades para el desarrollo humano (Nussbaum, 2000) pueden impactar positivamente en dichos riesgos (Pick & Hieatanen, 2015).

A partir del análisis de las asociaciones entre las características sociodemográficas de la muestra y las dimensiones de las representaciones sociales, se detectó un efecto importante de dos factores: la literacidad y la pertenencia al Programa de Inclusión Social, Prospera. Acorde con resultados de investigaciones previas realizadas en México en contextos de vulnerabilidad (Palomar-Lever, 2015), los resultados demuestran que la literacidad de las mujeres tiene un efecto significativo en el acceso a la información y en las actitudes compatibles con comportamientos que favorecen la salud.

Al respecto, para las mujeres adultas en situación de pobreza, ser beneficiarias de Prospera se asocia a una mayor información favorable para la salud. Se presume que dichas asociaciones son el resultado del componente educativo del programa de transferencias, en el que la obtención del apoyo en efectivo condiciona a las personas beneficiadas a asistir y participar en las pláticas informativas y actividades organizadas por los proveedores de servicios de salud, así como a asistir regularmente a los centros de atención de salud locales para recibir cuidados preventivos como atención prenatal, vacunación, seguimiento nutricional, monitoreo de indicadores de riesgo, planificación familiar, etc. (Gobierno de México, 2018).

Por otro lado, independientemente de la edad, estado civil, literacidad o pertenencia al programa Prospera, el 91.6 % de las participantes reportaron estar de acuerdo en realizar acciones para que sus hijos tengan un mejor estado de salud. Sin embargo, cuando se les preguntó si han podido quejarse con las autoridades de salud cuando perciben una injusticia, el 51.6 %

contestó que no, lo cual alude a la dificultad de enfrentar situaciones que requieren agencia personal, empoderamiento, habilidades para las relaciones interpersonales y autoestima. El 62.1 % de las participantes también manifestaron sentirse inseguras ante la toma de decisiones respecto a la salud de sus hijos y el 74.7 % (es decir, tres cuartas partes) reportó no haber participado en acciones preventivas para la salud de sus hijos, como evaluaciones periódicas de salud otras que la vacunación.

Estas desventajas en habilidades individuales derivadas de desigualdades estructurales se ven agravadas por otros aspectos de inequidad relacionados con la etnicidad y género (Nussbaum, 2000; Unicef, 2016). Aún cuando no se tiene evidencia directa, observaciones etnográficas en campo apoyan la noción de que la falta de desarrollo en agencia personal, empoderamiento, habilidades para las relaciones interpersonales y autoestima en las participantes del estudio está efectivamente asociada a factores como violencia de género, discriminación y rezago educativo, características desafortunadamente prevalentes en muchas comunidades del país (Instituto (INEGI, 2016). Pese a la prevalencia de condiciones desfavorables, en México, diversas experiencias de intervención en las que se han implementado programas basados en el entrenamiento de habilidades para la vida y reducción de barreras psicosociales en comunidades en contextos de pobreza y marginación, han demostrado gran eficacia. Los resultados muestran que las mujeres participantes adquieren habilidades para tomar decisiones y concretar acciones en beneficio de su vida. Como resultado de las intervenciones, las mujeres exhiben mayor información, habilidades psicosociales fortalecidas, autopercepción de mayor agencia personal y mejor capacidad para cambiar su entorno familiar y hacer frente a los retos de salud (García Rodríguez et al., 2017).

Es notable el efecto positivo que, pese a las circunstancias desfavorables, la literacidad y la experiencia de la educación escolarizada tiene en la salud a través del efecto en la adquisición, incorporación y uso de información. Por ejemplo, en el presente estudio, las mujeres alfabetas, así

como mayor nivel educativo, mostraron estar mejor informadas y tener actitudes compatibles con comportamientos que favorecen la salud de sus hijos.

Otras investigaciones realizadas en México, bajo contextos de vulnerabilidad, indican que los individuos con mayor escolaridad poseen más recursos psicológicos y sociales, lo cual sugiere que la educación formal provee de herramientas, habilidades y conocimientos que, además de ser necesarios para obtener mejores empleos y, con ello, un mejor ingreso y mejores condiciones de vida, tienen impacto en los ámbitos familiar, individual y social (Palomar-Lever, 2015, p. 269).

Cabe destacar que, más allá de los efectos de la literacidad en la información y las actitudes de las participantes respecto a la salud, en general, las mujeres de Ocotepéc representan y han conceptualizado la salud de tal forma que la noción salud/enfermedad está directamente asociada al estado anímico y a la conducta visible del individuo, lo que permite evaluar la necesidad y la urgencia de intervenir activamente, ya sea mediante acciones terapéuticas o con la búsqueda de atención médica.

Resultó interesante que las diversas manifestaciones del estado precario de la higiene y salud de los niños y mujeres en Ocotepéc, Veracruz, no figuran en la representación de las participantes como evidencia de una falta de salud o riesgo. La distinción entre lo visible en términos anímicos y lo visible como manifestación física de riesgo de salud (sobrepeso, pediculosis, diarrea, heridas con alto potencial a desarrollar infecciones e irritaciones de la piel y las mucosas) invita a considerar las diferentes formas en las que se concibe, define y vive el estado de 'buena' salud.

En términos prácticos, la 'normalización' de los signos de alerta y de su limitado efecto para estimular un cambio de conducta más compatible con la salud tiene implicaciones importantes, ya que puede afectar el tiempo de respuesta y de búsqueda de atención, entre otras situaciones, y con ello, comprometer el desarrollo y desenlace de condiciones que, en la mayoría de los casos, pudieran ser prevenibles o tratables. Esto, sin tomar en cuenta el efecto negativo de ignorar

las señales de alerta para la capacidad productiva de las personas y, en consecuencia, para la estabilidad de su núcleo familiar, al posponer la atención de la salud hasta que la condición impida el buen funcionamiento físico y emocional del individuo.

La idea generalizada que las participantes han construido sobre la salud (estar saludable), como un estado y no como un proceso, resulta en una aproximación *remedial* a la forma de afrontar los problemas de salud. Si bien las mujeres manifiestan conocer una serie de conductas favorables para la salud, no parecen percibir las como un mecanismo efectivo para la prevención de enfermedades. Esta aparente falta de continuidad entre la información, las actitudes y las estrategias para enfrentar la enfermedad pone de manifiesto la complejidad de los determinantes de la conducta de la salud, así como las barreras psicosociales y bioculturales para una transición hacia un modelo de salud pública basada en la prevención, en contextos de alta marginación.

Vale la pena considerar el papel que las limitaciones materiales y de recursos humanos (asociados a las condiciones de pobreza) tienen para la conceptualización de la salud de las participantes, así como para moldear las estrategias conductuales resultantes. En México, las comunidades rurales, como la representada en el presente estudio, tienen una larguísima historia de marginación y exclusión en la que los derechos básicos de acceso a la educación, servicios e infraestructura de salud no han sido honrados (Sen & Kliksberg, 2007). Los programas federales de desarrollo social iniciados en la segunda mitad del siglo XX han contribuido a mejorar la situación en muchas comunidades, sin embargo, los efectos de la inequidad y desigualdad social persisten arraigados, sobre todo en las zonas rurales de los estados del sur del país, como Veracruz (INEGI, 2016). En estas zonas, la prolongada transición epidemiológica resulta en una doble carga de la enfermedad en la que coexisten enfermedades infecciosas transmisibles y asociadas a la desnutrición con condiciones crónicas degenerativas como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares,

para las cuales, en muchos casos, los síntomas iniciales no son visibles (Frenk et al., 2010; Secretaría de Salud, 2013).

A partir de los elementos de riesgo fácilmente distinguibles, resulta relevante plantear el impacto que las representaciones sociales de la salud tendrán en la experiencia y el afrontamiento de la enfermedad, en un contexto en el que la incidencia de condiciones crónico-degenerativas presentan trayectorias de evolución de la enfermedad relativamente más prolongadas y síntomas subclínicos no fácilmente detectables en un inicio.

Si bien se reconoce que las representaciones sociales evolucionan en el tiempo y el espacio, en respuesta a las experiencias que las informan (Abric, 1994), queda por determinarse si la adaptación de las representaciones sociales sobre la salud infantil en la comunidad de estudio irá al paso de las transformaciones epidemiológicas proyectadas. De entrada, los resultados del presente y estudios similares, ofrecen evidencia base para formular programas de promoción y prevención para la salud que enfatizen el reconocimiento y atención de los síntomas de alarma de las enfermedades crónicas más comunes, así como fomentar el trabajo enfocado a reconocer la salud como un proceso que requiere de inversión en diversas conductas preventivas, las cuales favorezcan la salud a lo largo de diferentes etapas de la vida.

Por su lado, la representación social de las mujeres participantes sobre la salud infantil y su relación con la maternidad giran alrededor de la idea de la maternidad como estrategia para garantizar una vejez asistida. Esta noción resalta nuevamente la importancia del contexto en la conceptualización de la experiencia de la salud/enfermedad. El deterioro de las condiciones de vida en el campo, asociadas a la disminución en la productividad de la agricultura familiar, el incremento en la presión demográfica y los cambios económicos y culturales relacionados con la centralización y la urbanización, no solo han impactado los patrones epidemiológicos mencionados anteriormente, sino que han transformado el tejido social de las pequeñas

comunidades rurales de subsistencia, como la del presente estudio.

Otro punto que debe destacarse es que la familia, entendida como norma sociocultural que garantiza la transferencia intergeneracional de capital humano y material, se ha modificado como resultado de la emigración. Actualmente, el 61 % de las mujeres adultas en situación de pobreza, participantes en el estudio reciben recursos monetarios de al menos un familiar empleado fuera de la comunidad; en muchos casos, son recursos para mantener a los hijos menores de edad que quedan a cargo de las abuelas u otras parientes mujeres.

A medida que las condiciones económicas en el campo se recrudecen, la tendencia de la población joven a emigrar en edades cada vez más tempranas y con escolaridad media, reduce significativamente la probabilidad de regresar a establecerse en la comunidad de origen. Esta ruptura en la continuidad de las interacciones y responsabilidades familiares, como el cuidado de los adultos mayores, afecta de manera fundamental las expectativas de las mujeres y las torna vulnerables. La noción de la maternidad como estrategia para asegurar el cuidado de la salud durante la vejez quedará pronto confrontada con una realidad muy distinta. Nuevamente, quedará por verse cómo se reinterpretan las nociones de maternidad en relación con la salud en estas comunidades, a medida que las dinámicas sociodemográficas en su entorno se transforman.

Conclusión

La experiencia de esta investigación resalta el papel crítico de las estrategias e instrumentos metodológicos para facilitar el intercambio de experiencias e información entre las participantes y las investigadoras, y garantizar, con ello, la validez de los resultados. El estudio de las representaciones sociales se basa en gran medida, en la articulación de conceptos/constructos, lo cual puede significar un reto importante para personas con recursos de lenguaje distintos en contextos de iliteracidad. Las autoras trabajaron

arduamente en adaptar los instrumentos a las nociones y lenguaje utilizado por las mujeres de la comunidad de manera que reflejaran la experiencia vivida de las participantes. La escucha activa, la empatía y confianza generada con las mujeres fue un elemento muy importante para poder profundizar en las entrevistas, quienes, en confianza, expresaron y compartieron experiencias de vida personales, recuerdos, sentimientos, dudas y reflexiones sobre la salud y la maternidad, contribuyendo de manera crucial a la calidad y la validez de la información obtenida. Aún más, esta experiencia pone de manifiesto la riqueza de las metodologías mixtas en la investigación de temas complejos, en los que los instrumentos cuantitativos pueden resultar limitados.

Los hallazgos muestran cómo las representaciones de las mujeres adultas en situación de pobreza, respecto a la salud infantil de sus hijos en una comunidad en condiciones de marginación, se construyen en relación con sus posibilidades percibidas, y no siempre se alinean con conductas favorables para la salud. En particular, la noción de prevención, clave para mantener una buena salud a lo largo de la vida, no parece estar incorporada en el conocimiento social de esta población.

Ante las inminentes transformaciones sociales y económicas, que conllevan cambios importantes en la etiología y la epidemiología de las enfermedades, y las dinámicas migratorias que están transformando las zonas rurales en México, es de crítica importancia trabajar a nivel local para reinterpretar las nociones de salud y enfermedad, así como las estrategias de enfrentamiento a las nuevas realidades.

A partir del estudio, surge la importancia de enfocar la atención en los aspectos psicosociales y culturales de las mujeres adultas en situación de pobreza, respecto a la salud infantil de sus hijos, al mismo tiempo que sugieren que el desarrollo de habilidades psicosociales y emocionales, cognitivas y de literacidad debe considerarse una herramienta clave para modificar los estilos y hábitos relacionados con la salud a largo plazo.

Los resultados de este trabajo resaltan un *mismatch* (desajuste) entre las representaciones

sociales de las mujeres adultas participantes en relación con la salud infantil y las demandas de una realidad cambiante, resultado de la transformación epidemiológica y sociocultural en curso. Asimismo, los hallazgos ponen de manifiesto el potencial de la educación formal y del desarrollo de habilidades para la vida, la agencia personal y el empoderamiento (Venguer et al., 2007) para confrontar los retos de dichas transformaciones, en particular en contextos de alta marginación.

Finalmente, la evidencia recabada en este trabajo muestra el impacto positivo del componente de promoción de la salud del programa de transferencias condicionadas de efectivo del gobierno federal en la comunidad de estudio. Las autoras sugieren que la inclusión de iniciativas para el desarrollo de habilidades para la vida (Pick, García-Rodríguez et al., 2011) y el uso de motivaciones emocionales (Biran et al., 2014) como parte de programas de promoción y salud pública tiene un gran potencial para catalizar la evolución de las representaciones sociales de la salud hacia nociones que se acoplen mejor a la realidad cambiante de estas comunidades en transición.

Agradecimientos

A todas las mujeres y niños en Ocotepéc, Veracruz, por su tiempo, su paciencia, sus sonrisas generosas y sinceras. A Genoveva Reyes-Domínguez y Salvador González-Arroyo por su ayuda dedicada en el campo. A Carmela Pedraza por el hospedaje brindado en la comunidad para realizar el trabajo de campo. A todos los miembros del equipo DeMano por su continuo apoyo.

Referencias

- Abric, J. C. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán.
- Annan, K. (17 de mayo de 2001). *Poverty, biggest enemy for health in developing world, Secretary-General tells World Health Assembly* [Comunicado de prensa SG/

- SM/7808]. Naciones Unidas. <https://www.un.org/press/en/2001/sgsm7808.doc.htm>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Banchs, M. (2007). Entre el mar y la montaña: imaginario, creencias mágico religiosidad y mitos de origen en una comunidad rural venezolana. En A. Arruda & M. de Alba (Coords.), *Espacios imaginarios y representaciones sociales* (pp. 323-350). Anthropos.
- Banchs, M., Agudo-Guevara, A., & Astorga, L. (2007). Imaginarios, representaciones sociales y memoria social. En A. Arruda & M. de Alba (Coords.), *Espacios imaginarios y representaciones sociales* (pp. 45-80). Anthropos.
- Bécue, M., Lebart, L., & Rajadell, N. (1992). El análisis estadístico de datos textuales. La lectura según los escolares de enseñanza primaria. *Anuario de Psicología*, 55, 7-22. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9263/11854>
- Biran, A., Schmidt, W. P., Varadharajan, K. S., Rajaraman, D., Kumar, R., Greenland, K., & Curtis, V. (2014). Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): A cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, 2(3), e145-e154. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25102847>
- Castorina, J. A., Barreiro, A., & Clemente, F. (2007). La impronta del pensamiento piagetiano en la teoría de las representaciones sociales. En J. A. Castorina (Coord.), *Construcción conceptual y representaciones sociales. El conocimiento de la sociedad* (pp. 149-175). Miño y Dávila Editores.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *Panorama social de América Latina 2018*. <https://www.cepal.org/es/publicacion/es/44395-panorama-social-america-latina-2018>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2018*. Autor.
- Doice, W., Clemence, A., & Lorenci-Gioldi, F. (2005). *Representaciones sociales y análisis de datos*. Antologías universitarias. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Dorantes, J. J. (2013). Representaciones sociales de profesores en telesecundaria sobre la reforma en educación secundaria 2006. En H. B. Aguayo (Coord.), *Investigación en la escuela: el sentido de los datos desde la tradición comprensiva* (pp. 217-244). Díaz Santos.
- Dorantes, J. J. (2018). La aventura de investigar es una tarea que se aprende en la Universidad. *Interconectando Saberes*, 3(6), 171-185. <https://is.uv.mx/index.php/IS/articulo/view/2567/4506>
- Frenk, J., Chen, L., Zulfiqar, A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Estado mundial de la infancia, una oportunidad para cada niño* (Informe). Autor. https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
- García-Rodríguez, G., Givaduan-Moreno, M. E., Ramírez-Hernández, M., Valdez-Arellano, E. I., & Pick-Steiner, S. (2017). El cuidado de la salud como semilla para el desarrollo: experiencia de un programa basado en habilidades para la vida y reducción de barreras psicosociales. *Acta de Investigación*

- Psicológica*, 7(2), 2647-2657. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.06.002>
- Gobierno de México. (2018). *Prospera Programa de Inclusión Social*. Secretaría de Bienestar. <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/prospera-programa-de-inclusion-social-15908>
- Hernández-Maldonado, M., Ojeda-Ramírez, M., & Cruz-López C. (2015). *La metodología estadística: casos de aplicación*. Imaginaria Editores.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). *Censo de población y vivienda, 2010*. Autor. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2016). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2016*. Autor. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Jodelet, D. (2008). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Comp.), *Psicología social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Cognición y desarrollo humano* (pp. 469-506). Paidós.
- Jodelet, D. (2010). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. En G. Giménez (Ed.), *La sociología hoy. Debates contemporáneos sobre cultura, individualidad y representaciones sociales* (pp. 207-236). Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez
- Lozano, R. (2012). La carga de la enfermedad y las desigualdades en salud de las mujeres en México. *Género y Salud en Cifras*, 10(1), 11-20. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen10_1/Lacargadelaenfermedad.pdf
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development the capabilities approach*. Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud: subsanar las desigualdades en una generación*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Cumbre de las Naciones Unidas sobre desarrollo sostenible 2015*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>
- Palomar-Lever, J. (2015). *Resiliencia, educación y movilidad social en adultos beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. Universidad Iberoamericana.
- Perroni, G. A., Dorantes, J. J., Amezcua, G., Negrete, S., & Núñez, A. (2018). Voces de la montaña: estudios de representaciones sociales sobre la salud materno infantil, en mujeres de una comunidad rural en Veracruz. En R. Flores & C. R. Castro (Eds.), *Antología de trabajos de la especialización en estudios de opinión* (pp. 213-243). Imaginaria Editores.
- Pick, S., Beers, K., & Grossman-Crist, S. (2011). A human basis for sustainable development: How psychosocial change at the individual level promotes development. *Poverty & Public Policy*, 3(3). <https://doi.org/10.2202/1944-2858.1174>
- Pick, S., García-Rodríguez, G., & Leenen, I. (2011). *Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://site.ebrary.com/id/10609620>
- Pick, S., & Hietanen, A. A. (2015). Psychosocial barriers as impediments to the expansion of functionings and capabilities: The case of Mexico. *Journal of Human Development and Capabilities: A Multi-Disciplinary Journal for People-Centered Development*, 16(1), 15-32. <https://doi.org/10.1080/19452829.2014.959906>
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U., & Givaudan, M. (2007). Escala para medir las Capacidades de Agencia Personal y Empoderamiento

- (ESAGE). *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 295-304. <http://www.redalyc.org/pdf/284/28441304.pdf>
- Rodríguez, A. (1983). *Psicología social*. Trillas.
- Ruíz Moreno, R. (2018). Ilustración madre e hija para el proyecto DeMano dentro del marco de Problemas Nacionales convocatoria 2014 (PN2014-Nº246999), CONACYT. [Ilustración].
- Secretaría de Gobernación. (26 de diciembre del 2017). Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Prospera para el ejercicio fiscal 2018. *Diario Oficial de la Federación*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5508950&fecha=26/12/2017
- Secretaría de Salud. (2003). *Programa emergente de salud para el campo 2003-2006*. http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pesc_2003-2006/pesc_2003-2006.pdf
- Secretaría de Salud. (2013). *Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica (2013-2018)*. Programa Sectorial de Salud. Autor. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211946/PAE_2013-2018.pdf
- Sen, A. K., & Kliksberg, B. (2007). *Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2009). *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=alferec%C3%ADa>
- Unicef. (2016). *Estado mundial de la infancia, una oportunidad para cada niño*. https://www.unicef.org/spanish/publications/index_91711.html
- United Nations Development Programme. (2018). *Human development indices and indicators, 2018 statistical update*. Human Development Report Office. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
- Venguer, T., Pick, S., & Fisbein, M. (2007). Health education and agency: A comprehensive program for young women in the Mixteca region of Mexico. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), 389-406. <https://doi.org/10.1080/13548500601010250>

Notas

- * Artículo de investigación. Este trabajo fue apoyado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) - México, bajo la subvención [PN2014-Nº246999] y una beca de posgrado a AGPM (Conacyt) - México, bajo la subvención [451891].