

FUNDAMENTOS DE UN PROGRAMA COMUNITARIO PARA PROMOVER COMPORTAMIENTOS SALUDABLES Y PREVENIR ENFERMEDADES CRÓNICAS EN BOGOTÁ

Lucumí, Cuesta Diego,
MÉDICO. MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA. INVESTIGADOR
DIVISIÓN SALUD, FUNDACIÓN FES SOCIAL.

Ibarra-Ávila Marta Carolina
PSICÓLOGA. MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA. INVESTIGADORA
DIVISIÓN SALUD, FUNDACIÓN FES SOCIAL.

Correspondencia
Diego I Lucumí. Carrera 7 N.º 73-55, Oficina 1202,
Bogotá D. C., Colombia, PBX: 3130882, correo
electrónico: dilucumi@fundacionfes.org

RESUMEN

Las condiciones crónicas y sus factores de riesgos son altamente prevalentes en la población colombiana. Sin embargo, en la literatura se reportan pocos programas orientados a su prevención en el país, lo cual puede estar relacionado con la escasa información disponible acerca de cómo fundamentarlos conceptual, teórica y metodológicamente.

Los objetivos de este artículo son describir los fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos de un programa comunitario para la prevención de las condiciones crónicas en Bogotá y dar cuenta de la aplicación de estos fundamentos en la ejecución del programa. Con este fin, entre abril de 2005 y noviembre de 2007 se llevó a cabo una evaluación de proceso que centró en analizar la coherencia entre el desarrollo del programa y sus fundamentos.

Esta evaluación se llevó a cabo mediante un análisis de contenido temático, a partir de la recolección de información a través de entrevistas, fichas de sistematización y grupos focales. Emergieron cuatro categorías de análisis relacionadas con la ejecución del programa, las cuales estuvieron relacionadas con el uso del concepto positivo de salud, los modelos ecológicos en salud, las teorías críticas y el enfoque constructivista.

La evaluación del proceso del programa muestra la importancia de conocer los elementos que fundamentan los programas de educación en salud, para poder analizar su desarrollo y valorarlos. En este caso los conceptos y constructos aplicados provienen de modelos contemporáneos en salud pública que exploran potenciales caminos para promover comportamientos saludables.

Palabras claves: promoción de la salud, educación en salud, enfermedad crónica.

ABSTRACT

Chronic diseases and its risks factors are highly prevalent in the Colombian population. However, few programs have been oriented to their prevention in the country, which could be related to the little information available as to how to ground them conceptually, theoretically and methodologically.

The objectives of this study are to describe the conceptual, theoretical,

and methodological fundamentals of a program to prevent these diseases in Bogota and to assess the application of these fundamentals. In order to achieve these objectives between April 2005 and November 2007 was conducted a process evaluation focused on establishes the coherence between the above fundamentals and the implantation of this program.

The evaluation was carried out through a thematic content analysis. The information was collected mediating interviews, systematisation tools and focal groups. Four categories emerged from the analyses. These categories were related with the use of a positive concept of health, the ecological model in health and the critical theories and the constructivist approach.

The process evaluation reveals the importance of knowing the program's foundations to analyze and asses its implementation. In this case the concepts and constructs applied belong to contemporary models in public health that explore ways to promote healthy behaviours.

Key words: health promotion, health education, chronic disease.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones crónicas, en especial las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes *mellitus*, son serios problemas de salud pública a nivel mundial que reducen la calidad de vida de las poblaciones y generan enormes costos sociales y económicos (1-2). Estas condiciones son la primera causa de morbimortalidad en Bogotá (3), al igual que en el resto de América Latina (4).

Dos de los comportamientos que han sido reconocidos como protectores de estas dolencias son la actividad física y el consumo de frutas y verduras (5, 6). Con respecto al primero, la realización de 30 minutos diarios de actividad física moderada durante cinco o más días por semana se asocia a menor riesgo de eventos cardiovasculares, diabetes *mellitus* y cáncer de colon, entre otros beneficios (7, 8). Por su parte, el consumo de cinco o más porciones diarias de frutas y verduras reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (9, 10).

A pesar de estos beneficios, estudios recientes han permitido estimar que un bajo porcentaje de la población adulta de Bogotá realiza actividad física cumpliendo las recomendaciones descritas, y frente a las frutas y verduras es posible concluir que existe déficit en su consumo (11).

Para promover estos comportamientos, se han propuesto diversas acciones

en salud pública, entre ellas las centradas en enfoques comunitarios y ambientales (12-15). No obstante, aunque la evidencia disponible sobre la utilidad de estas acciones podría ser aplicada a programas estructurados, su uso aún es limitado por parte de los organismos de salud pública (2, 17-19).

Una limitación para el uso de esta evidencia en el desarrollo de programas estructurados de educación en salud es la poca información disponible acerca de cómo fundamentarlos conceptual, teórica y metodológicamente. Particularmente, en el contexto colombiano hay un limitado uso de teorías para el abordaje de problemas de salud pública (20) y sólo recientemente se han empezado a publicar resultados de experiencias nacionales relacionadas con la promoción de la actividad física y el consumo de frutas y verduras en el ámbito comunitario (21-22).

Dada la creciente morbimortalidad por condiciones crónicas en Bogotá, en 2002 se formularon los lineamientos de política pública para su prevención, los cuales establecieron una línea de acción orientada a la promoción de una vida cotidiana saludable (23). Por lo anterior, en el año 2003 se llevó a cabo un estudio piloto que promovía la actividad física y el consumo de frutas y verduras. La evaluación realizada en el marco de este estudio arrojó diferencias estadísticamente significativas en algunos de los indicadores de efectividad evaluados y a partir de esta experiencia piloto se estructuró *Tú Vale* como un programa comunitario de educación en salud, el cual fue evaluado posteriormente a mayor escala en su proceso y costo-resultado.

En este contexto, el objetivo del presente artículo es describir los fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos del programa *Tú Vale* (*Vive mejor, Aliméntate saludablemente, Lidera cambios, Ejercítate con frecuencia y Sé feliz*) para, a través de la evaluación del proceso, dar cuenta de la aplicación de estos fundamentos.

FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Aunque al momento de diseñar originalmente el programa se buscaba contribuir a la prevención de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en Bogotá, dos referentes conceptuales fueron tenidas en cuenta para la definición de su objetivo. Por un lado, se consideró la poca relevancia que las

personas o comunidades otorgan a condiciones o riesgos que se manifiestan en el largo plazo (24-25), por lo cual se hizo necesario identificar motivaciones a las que se les diera mayor significado en el corto plazo.

Por otro lado, se adoptó un enfoque positivo de salud que fuera coherente con los propósitos de la promoción la calidad de vida, con el fin de superar las prácticas que privilegian la restricción de comportamientos y reducen la autonomía de la persona. Así, sin desconocer el objetivo de prevenir condiciones crónicas como las descritas previamente, el programa se centró en la promoción de comportamientos saludables en la vida cotidiana.

De otro lado, los programas para la prevención de condiciones crónicas como las cardiovasculares y el cáncer se han orientado a diversos grupos poblaciones. Entre estos, la infancia y la adolescencia son grupos relevantes dado que en estas etapas de vida se tiende a adoptar los comportamientos protectores y de riesgo asociados a las condiciones crónicas. No obstante lo anterior, también resultaba prioritario abordar otros grupos poblacionales con los cuales se pudieran adelantar acciones efectivas para la prevención de las condiciones crónicas, dada su situación de vulnerabilidad o riesgo frente a las mismas (26-27).

En ese sentido, la evidencia en Bogotá y en varios países de Latinoamérica ha mostrado disparidades por género en cuanto a los niveles de sedentarismo, siendo esta condición más frecuente en las mujeres (28-30). De otro lado, en la definición de un grupo prioritario para el desarrollo del programa se reconoció que el rol de cuidado a otros, por sí mismo e independientemente del género, provee una oportunidad para influenciar el cambio de comportamientos en los otros grupos prioritarios de la población (26-27).

Tomando en cuenta estos aspectos el estudio se centró en mujeres cuidadoras de hogar, las cuales para efectos del programa han sido definidas como aquellas que ejercen por lo menos una vez a semana el rol del cuidado de por lo menos una persona menor de edad.

En cuanto a los comportamientos a priorizar, previamente se ha destacado el papel de la actividad física y el consumo de frutas y verduras en la prevención de las condiciones crónicas. Sin embargo, no solo era importante tener en cuenta la evidencia epidemiológica en cuanto a su papel protector de estas condiciones, sino la factibilidad para promover estos comportamientos como prácticas cotidianas.

De acuerdo con esto, si bien existen múltiples alternativas para la promoción de la actividad física, las cuales han demostrado tener efectos positivos en la salud física y psicológica, la promoción de caminar en el tiempo libre o como medio de transporte, resultaba una de las más apropiadas para las mujeres,

teniendo en cuenta su bajo costo, alta aceptación y bajo riesgo de lesiones (31). De otro lado, un estudio previo permitió establecer que caminar es el tipo de actividad física más común en las mujeres en Bogotá, aunque una proporción importante de ellas no la realizaba con la duración, intensidad y frecuencia recomendadas (32).

Frente a los patrones de alimentación saludables, para la promoción del consumo de las frutas y las verduras era necesario tener como referencia las guías alimentarias para Colombia, al igual que aspectos relacionados con su precio, disponibilidad, preferencias y alternativas de preparación (33).

Teóricamente el programa ha tenido transformaciones a lo largo de su desarrollo. Inicialmente se fundamentó en cinco de los constructos de la Teoría Cognitiva Social: ambiente, situación, capacidad para ejecutar el comportamiento, aprendizaje observacional y determinismo recíproco. De igual forma, se aplicaron conceptos y constructos del Soporte Social y del Mercadeo Social (21). Más adelante, se optó por enfoques más participativos, y específicamente se adoptaron principios de la Investigación Basada en Comunidad (IBC) (38), aunque se mantuvieron aspectos específicos de las tres bases teóricas mencionadas.

En cuanto a la IBC, aquellos elementos teóricos que fueron adoptados para el programa fueron las teorías críticas, el enfoque Constructivista y los modelos ecológicos en salud, y se reforzó el enfoque positivo de salud por el que se había optado al momento de definir el objetivo del programa.

La adopción de las teorías críticas, más específicamente el construcciónismo social, llevó a que se enfatizara en la construcción social de la experiencia, se valorarán los repertorios interpretativos y se reconociera del carácter político que atraviesa la vida privada de las personas, así como el compromiso transformador y emancipatorio de las acciones que del conocimiento se deriva (39). Desde esta óptica, las interacciones sociales cobran particular relevancia en tanto las dinámicas que surgen de las redes personales que se conforman entre los participantes facilitan la transformación de los discursos y las prácticas (40).

Por su parte, el constructivismo fue útil para orientar el componente pedagógico del programa dado su interés en comprender las experiencias de vida y porque busca el desarrollo de construcciones que tengan sentido para la persona en tanto le sean útiles para dar respuestas a situaciones cotidianas (41).

En cuanto a los modelos ecológicos en salud, estos reconocen que los procesos de salud y enfermedad están influenciados por determinantes ubicados en diversos niveles de intervención (35-36, 42). Desde la perspectiva

de estos modelos, el comportamiento no es solamente visto como el resultado del conocimiento, valores y actitudes de los individuos (nivel intrapersonal), sino también como el resultado de influencias que provienen de las personas con quienes el individuo se relaciona más próximamente (nivel interpersonal), de las instituciones a las que pertenece o interactúa (nivel de las organizaciones), las comunidades en las que vive (nivel comunitario) y las decisiones que definen u orientan el curso y estructura de la sociedad y el ambiente en el que se desenvuelve (nivel de políticas públicas) (36, 42).

Así mismo, dado el interés por seleccionar ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos para el desarrollo de acciones de prevención de condiciones crónicas y de promoción de la calidad de vida, el escenario comunitario, y más específicamente el barrio, resultaba ser un escenario privilegiado para el diseño, desarrollo y evaluación del programa.

En este sentido, en los últimos años se ha incrementado desde la salud pública el interés por este escenario, que se ha identificado como apropiado para el análisis y abordaje de las interacciones de los ambientes físicos y sociales que facilitan o limitan la adopción y mantenimiento de comportamientos (34). Así, desde una perspectiva ecológica el ámbito de barrio se ubica en un nivel intermedio o "meso" (35) que provee organizaciones, estructuras sociales y condiciones físicas, reales o percibidas, y formas de comunicación que les son particulares y permiten la conducción de procesos para la educación en salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que allí residen (36).

No obstante, es importante reconocer que el trabajo en los barrios tiene como desafío el que los límites geográficos no necesariamente coinciden con las construcciones mentales y usos que las personas hacen de ello, siendo estas construcciones las que en últimas cobran sentido en las dinámicas cotidianas (37).

De esta forma, los elementos conceptuales y teóricos descritos fundamentaron el modelo conceptual propuesto para orientar la conducción del programa, el cual define actores, componentes y factores que se consideran necesarios para incrementar el consumo de frutas y verduras y la actividad física (ver Gráfico). Así mismo, el programa se basa en las prácticas, los espacios cotidianos y los recursos de los participantes (constructivismo); reconoce, intenta aprovechar y analiza criticamente los contextos físicos y sociales que determinan cada uno de los dos comportamientos, valora las relaciones naturales de los miembros de la comunidad y recurre a ellas para facilitar y promover los comportamientos que son de interés para el programa (modelos ecológicos en salud).

Así mismo, a través de *Tú Vales* se busca integrar los aspectos físicos,

psicológicos y sociales relacionados con el bienestar del ser humano (concepto positivo de la salud) y se promueven competencias básicas relacionadas con el empoderamiento por medio de la reedición del significado del cuidado y la promoción de la salud a nivel personal y en sus respectivas redes primarias por parte de las participantes (construcción social).

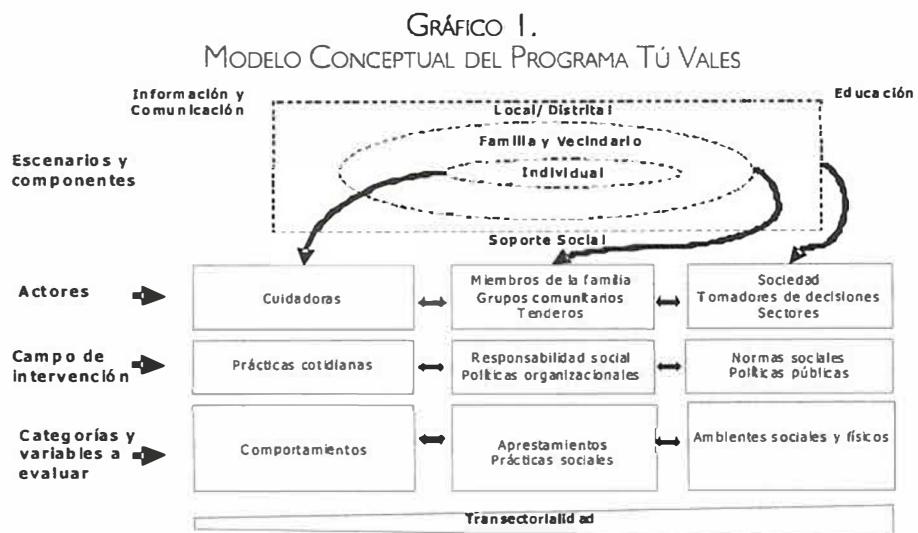


Gráfico 1. Modelo de acción basada en la comunidad de referencia para el estudio.

©Fundación FES Social 2004

El haber adoptado estos enfoques teóricos también conllevó al diseño participativo de los materiales empleados para el desarrollo del programa y a la generación de espacios para la retroalimentación crítica con las participantes como investigadoras comunitarias, los equipos profesionales como investigadoras operativas y los investigadores de las instituciones involucrados en la ejecución del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Entre abril de 2005 y septiembre de 2007 se efectuó un estudio en 32 barrios de 4 localidades de Bogotá, dirigido a evaluar diversos aspectos del programa *Tú Vales*. Sin embargo, el presente artículo se centra en el componente de la evaluación de proceso que se dirigió a explorar los aspectos relacionados con la ejecución del programa y su coherencia con los fundamentos aquí descritos.

Con la evaluación de proceso se buscaba identificar cómo los componentes del programa contribuían o eran disfuncionales con los fines perseguidos (43). Adicionalmente, a la luz de la IBC, este tipo de evaluaciones permite mejorar las acciones a partir de las lecciones aprendidas, a la vez que se contribuye a explicar el resultado que se obtiene desde otras formas de evaluación (43).

El estudio a gran escala del programa del cual hacía parte la evaluación de proceso que aquí se describe, se llevó a cabo en las localidades de Santa Fe, Ciudad Bolívar, Usme y San Cristóbal. En cada localidad se seleccionaron al azar 8 barrios en los que predominaba el estrato socioeconómico 2, y en ellos se convocaron las mujeres, quienes participaron en su desarrollo de manera informada, voluntaria y concertada.

Tú Vales se desarrolló con grupos de alrededor de 30 mujeres, predominantemente del estrato socioeconómico 2. Este programa estuvo compuesto de 19 sesiones de 2 horas semanales cada una, en las cuales se abordaban temas relacionados con el consumo de frutas y verduras, actividad física, y empoderamiento y evaluación participativa. De forma general las sesiones se estructuraron en 4 momentos: 1) recordación o vínculo con la sesión anterior, 2) construcción colectiva de nuevo conocimiento, 3) reflexión sobre la práctica o sobre el nuevo conocimiento generado, y 4) retroalimentación sobre el desarrollo de la sesión y orientación hacia la siguiente.

Las sesiones se llevaron a cabo en espacios comunitarios bajo la orientación de equipos operativos integrados en cada localidad por una nutricionista, una fisioterapeuta y una trabajadora social, y fueron reforzadas con la entrega de fichas de recordación y de trabajo en casa. Una vez concluido el programa, se realizó una ceremonia para la entrega de una certificación de participación.

Para la evaluación de proceso, cada una de las doce facilitadoras responsables de la ejecución del programa registró en los diarios de campo las 19 sesiones desarrolladas en cada barrio, y estos registros se sistematizaron en fichas elaboradas por cada facilitadora. Esta información fue discutida durante las sesiones quincenales de seguimiento a cada uno de los grupos operativos. Adicionalmente, 3 de las sesiones del programa estaban destinadas a la evaluación participativa del proceso, las cuales fueron grabadas en audio en cada uno de los 32 barrios, para un total de 96 registros. Una vez finalizado el programa se entrevistó a las integrantes del grupo operativo de cada localidad sobre la ejecución del programa en cada barrio y 6 meses después de su culminación se reunieron 6 grupos focales con participación de las mujeres, con el fin de discutir y complementar los hallazgos de la evaluación de proceso.

Estos grupos focales estuvieron orientados por una de las investigadoras que participó en el monitoreo de las acciones, y fueron grabados y transcritos

para su posterior análisis. De esta forma, se utilizaron variadas fuentes de información, de tal forma que la triangulación sirviera para incrementar la validez de los datos (44).

Se usó un enfoque de análisis de contenido temático (44) y en su realización participaron una investigadora que no había estado presente en ninguna etapa previa del estudio y otra que había participado en todas, creando un equipo mixto de evaluación (45). Estas dos investigadoras realizaron de manera independiente un análisis de la información recolectada. Luego, ambas socializaron la codificación que cada una hizo de esta entrevista para identificar las diferencias en la interpretación de los datos, hallar similitudes y llegar a consensos sobre la definición de las subcategorías emergentes que guiaran los análisis de la información restante. Todo el proceso de análisis se llevó a cabo con el apoyo del software QSR N6®.

RESULTADOS

Los hallazgos de la evaluación de proceso se agruparon en cuatro categorías: valoración del programa por las participantes, permeabilidad del proceso a las redes personales, metodología de la ejecución y propuestas para el mejoramiento del programa. Estas categorías se describen a continuación, acompañadas con citas de ejemplos provenientes de las distintas técnicas de recolección de información.

Valoración del programa por las participantes

Un aspecto valorado por las mujeres participantes fue el de las características de las facilitadoras. Las mujeres resaltaron la relación horizontal y de confianza que pudieron construir con las facilitadoras de las sesiones y cómo esto influyó positivamente en el desarrollo de las sesiones, los niveles de participación y su motivación frente al proceso.

«Porque se siente uno como con confianza para hacerle una pregunta... uno no siente ese temor; esa angustia, de decirle algo a la doctora (nombre de la facilitadora)... decirle, mire: ¿qué es tal cosa?, o hacer las preguntas que uno quiera aprender o saber» (GFSCND).

El material del curso: folde con fichas de recordación, delantal, camisetas, recetarios y calendarios, fue valorado tanto por las facilitadoras como por las

mujeres participantes. Las primeras consideraron que fue un material de apoyo que facilitó la comprensión de los contenidos, y para las mujeres participantes fue una motivación contar con material de buena calidad, una herramienta para la recordación de los temas que seis meses después de terminado el programa aún era usado en sus hogares.

«El material disponible para el taller contribuye a un mejor entendimiento, por parte de las mujeres, de cada concepto básico, y así recoger respuestas precisas. Las técnicas y el material que se empleó para el desarrollo del taller ayudaron de una forma fácil a entender los pasos a realizar» (SCBM).

«Mi hija lo usa [el folder] todos los días, ella es a toda hora haciendo ejercicios, ella tiene 6 años y anda con el libro para arriba y para abajo» (GFCBL).

Entre los argumentos expuestos por las participantes para explicar su motivación y compromiso con el programa se identificó la valoración que le dieron a sentirse involucradas en él, teniendo la posibilidad de expresar sus opiniones y de que estas fueran tenidas en cuenta y validadas. A la vez, valoraron el reconocimiento público dado mediante la entrega de una constancia en su evento de graduación y el haber adquirido más recursos discursivos para promover hábitos saludables, en si mismas y en sus hogares, los cuales pudieron compartir con familiares y grupo de pares. Además, fue importante para ellas y sus familias el poder participar en procesos de educación no formal en la edad adulta.

«A mí lo que me ha motivado a seguir es que esto ha sido muy importante para mi vida y para las personas que me rodean en mi hogar y también porque nos vamos a graduar, iqué orgullo saber que salimos de la cocina para graduarnos con nuestras compañeras de algo bueno que nos adquirió [adquirimos]» (EFCBM).

Permeabilidad del proceso a las redes personales

Con respecto a esta categoría, al desarrollo del programa se vincularon personas de la red de soporte, invitadas a las sesiones por las participantes bien fuera por instrucción de las facilitadoras o por iniciativa propia. Esto hizo que el programa se filtrara a la vida cotidiana por medio de las relaciones significativas a nivel personal de las mujeres, no solo por la actividad de los ejercicios en casa sino por la experiencia misma de compartir sesiones con familiares y amigas.

«Este grupo en particular nombra mucho a su par, o a aquella persona con la

que comparte lo aprendido en lo que va del proceso, esto se percibe en comentarios como: "le he enseñado los ejercicios a mis usuarias", "nos reunimos 15 del grupo y practicamos los ejercicios que nos enseñaste y los dirigieron dos de nosotras", "practico los ejercicios con mis sobrinos y mi hermana; la verdad, bajé de peso y talla", "al comienzo a mis hijos y a mi marido les daba risa verme, ahora me acompañan", "mi prima me acompaña a caminar y a hacer los ejercicios, que por cierto, me han servido para los dolores de espalda por el embarazo", "a su amiga la invitó porque es cuidadora en el hogar y la sacó a echarse una canita al aire y a aprender algo nuevo"» (SCBL).

Metodología de la ejecución

Sistématicamente las mujeres, independientemente del barrio al que pertenecían, identificaron el objetivo del programa. Fue claro para ellas que se buscaba promover hábitos saludables al aumentar el consumo de frutas y verduras y la práctica de actividad física.

Haber tenido clara la finalidad de las acciones las motivó a participar en el proceso, pues ellas consideraron relevante trabajar en estos temas ya que aumentaban sus conocimientos y habilidades para ponerlas en práctica en ellas mismas y en los escenarios del hogar, laboral y comunitario. Identificaron situaciones y decisiones concretas en las que consideran que pueden aplicar lo aprendido, principalmente en lo relacionado con el consumo de frutas y verduras y cambios emancipatorios a nivel personal.

«Sí, todos los talleres han sido de gran utilidad para nosotras y para mi familia, por ejemplo, porque hemos aprendido a estar bien en cuanto a la alimentación, a tener buenos hábitos en cuanto al ejercicio, psicológicamente también, porque nos han dado pautas sobre cómo sentimos mejor y hacer que valgamos más con el programa Tú Vales». «Los talleres han sido buenos, han sido muy útiles porque nos enseñaron primero que todo a liderar cambios personales en cada una de nosotras, no sólo de pensamiento» (EFCBL).

En las reflexiones relacionadas con las técnicas empleadas en el programa, las mujeres identificaron características en el desarrollo de las acciones que consideraron favoreció el logro de los objetivos. Resaltaron como aspecto fundamental que las sesiones estuvieran centradas en el desarrollo de habilidades y no solo en estrategias informativas.

«A mí me motivó porque es práctico, no solamente copiar, copiar como en otros talleres a los que nos hacen ir... Por ejemplo, nosotras como madres

comunitarias a veces nos hacen ir a talleres, dos horas sentadas y sólo escriba y escriba y escriba. Escuche: a veces la persona da el taller allá, y nosotras acá. Apenas nos alcanzamos a medio escuchar... o sea, no vamos a ser partícipes; y este taller fue como sólo práctica». (EFSCG).

Otra característica de la ejecución de las acciones, identificada por las mujeres y las facilitadoras, fue la de partir del saber del otro y de sus experiencias cotidianas; las sesiones se basaban en los recursos discursivos con los que contaban las participantes para entender las variadas prácticas involucradas en la promoción de hábitos de vida saludable en la vida cotidiana. Esta característica les permitió construir un ambiente receptivo a sus inquietudes, facilitó que las relaciones fueran horizontales, y les permitió sentirse valoradas y reconocidas.

Para las mujeres fue útil conocer la estructura de las sesiones en su diseño interno, la secuencia de trabajo en cada sesión y el orden intercalado de los temas. Valoraron que las sesiones integraran temas relacionados y que no se hubiera trabajado solo un comportamiento. Esta característica, de acuerdo con las participantes y las facilitadoras, contribuyó al mantenimiento de la motivación en el grupo y al desarrollo y logro de los objetivos de cada sesión.

«Le iba a decir que a mí me motivó venir a los talleres de pronto porque [en] la clase que tuvimos hubo muchas cosas importantes... y de pronto ya comienza uno a saber cómo va a ser la otra, todo el taller no es lo mismo» (GFSCSML).

Otro elemento del desarrollo de las sesiones que emergió en la sistematización que hicieron las facilitadoras y en las entrevistas a las participantes fue la reflexión sobre el costo de las frutas y verduras. Esta reflexión se vio favorecida porque luego de cada preparación se calculaba el costo por porción de la ensalada o plato preparado para estimar cuánto les podría costar y replicar la receta en sus casas.

«Se determinó el costo por porción de la ensalada, calculado en más o menos \$400». «Se estima el costo por porción de la preparación en aproximadamente \$650» (SCBM). «También por economía, por la alimentación, que hemos cambiado un poco, preparamos las verduras que no hacíamos frecuentemente porque parecía que nos costaba mucho» (SCBL).

Finalmente, un aspecto al cual se dio relevancia en el desarrollo de las sesiones fue la realización del ejercicio en casa. De acuerdo con la

sistematización de las facilitadoras, los ejercicios en el hogar no fueron hechos como estaban diseñados. En este sentido, las mujeres reportaban haber discutido o pensado en lo que proponía el ejercicio pero no lo escribían. Cuando este proponía actividades como caminatas al parque o por la localidad, algunas reportaron que las hacían pero no los de la casa, y otras, que no habían efectuado ninguna actividad.

«Al momento de preguntarles por la tarea la mayoría respondió que sí habían salido a caminar, unos con sus amigas y otras con sus hijos. Dijeron que aunque no fue un actividad muy dinámica, sí las distrajo y las entusiasmó por las penitencias» (SSCSML).

Propuestas para el mejoramiento del programa

Frente al desarrollo de las acciones, las mujeres y las facilitadoras identificaron aspectos que podrían ser mejorados en aras de maximizar su aprovechamiento. De acuerdo con ello, a algunas participantes les hubiera gustado que el programa tuviera mayor cobertura, y en los casos en donde los grupos solo fueron conformados por madres comunitarias consideraron que su labor podría verse beneficiada si el curso lo tomaran en conjunto con las madres y los padres usuarios del jardín. Así mismo, les gustaría que los horarios facilitaran la participación de otros miembros de la familia, como los hijos y esposos.

—P¹: «Y a mí me gustó». —Cl: «¿Te gustó?». —P¹: «Me parece que es interesante y que de pronto, eh, llegarán como más personas, o sea, de pronto tener la oportunidad como de... básicamente como los papitos usuarios, o sea los papás de los niños, porque ellos muchas veces el trabajo que uno hace con los niños entre semana, se lo tiran el fin de semana». —P²: «¡Ay, sí» (GFUSML).

Teniendo en cuenta que el desarrollo de las sesiones se llevó a cabo en los escenarios cotidianos y con los recursos que esos contextos específicos ofrecían, a algunas participantes les hubiera gustado contar con mejores espacios para el desarrollo de las mismas. Lo anterior evidencia que fueron críticas frente a los servicios que prestaba el espacio comunitario utilizado o reflexionaron sobre la carencia de estos, siendo lo anterior un aspecto que está por fuera del control del programa pero que las mujeres y facilitadoras consideraron afectó el disfrute y desarrollo de las sesiones y por ende su aprovechamiento.

«Eh... lo único que no me gustó fue que la ubicación en donde estábamos en los talleres no fue de pronto la apropiada, porque de pronto en los ejercicios no había campo. La primera clase nos tocó hacerla sin música porque donde

estábamos era una iglesia cristiana, y si vuelve otra vez Tú Vales que fuera en otro lado, con eso habría más tiempo y más relajo, o... el salón comunal era muy oscuro, ¿se acuerda cuando fuimos a la charla?» (EFCBM). «Sí, de pronto como la incomodidad del lugar, donde no hay un sitio apropiado para poder manipular los alimentos y las diferentes prácticas, una cocina donde hubiéramos podido cocinar y cosas así, sí, esa es la parte que veo que nos hizo falta» (EFCBL).

Además, las facilitadoras y las participantes consideraron que se podrían reorganizar las sesiones y ampliar el programa para que cubriera más temas, como la preparación de otro tipo de alimentos o que las sesiones duraran más de dos horas.

En todos los grupos a las participantes les hubiera gustado que el programa durara más, que tuviera una segunda parte; algunas porque consideran que hay que profundizar en otros temas, a otras les gustó a metodología y quisieran con ese enfoque aprender otras cosas, y otras porque quieren mantener el espacio de encuentro con otras mujeres, ya ganado por fuera de sus actividades cotidianas laborales o domésticas.

Las facilitadoras consideraron que se podrían abrir espacios en las sesiones para que las participantes propusieran actividades. Por su parte, estas últimas propusieron que al haber varios grupos de mujeres en la localidad participando en el mismo proceso, les hubiera gustado conocerlas.

«Participación de pronto con los otros grupos». «Integrarse con más grupos». «Sí, de Tú Vales uno va adquiriendo más conocimiento de esas personas, pues estamos [entre] nosotras» (EFSCND).

DISCUSIÓN

Hasta donde fue explorado por los autores, este es uno de los primeros artículos publicados en América Latina en los cuales se describe y evalúa la aplicación de los fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos a un programa de educación en salud orientado a la prevención de condiciones crónicas.

La conducción, descripción y comprensión sobre cómo funcionan este tipo de programas resulta relevante en la región, toda vez que la mayoría de los países que la conforman presentan una creciente morbilidad por condiciones crónicas (4).

Uno de los aspectos que se consideran más importantes del programa *Tú Vale*s es que su desarrollo ha seguido un proceso riguroso de construcción teórica y conceptual, el cual ha sido retroalimentado durante su puesta en marcha.

En este sentido, la adopción de marcos teóricos de referencia para la conducción de investigaciones e intervenciones en salud pública favorece la adopción o afinamiento de objetivos, contribuye a la selección de la población sujeto e incrementa el éxito de las mismas (46-47). De esta forma, gracias a la existencia de los marcos teóricos descritos fue posible establecer a qué correspondían los hallazgos reportados, darles sentidos en el marco del programa y tomar decisiones sobre su uso posterior.

Con respecto a los hallazgos relevantes, la evaluación de proceso permitió establecer que las características del programa valoradas por las participantes estuvieron relacionadas haber diseñado una estrategia integral para promocionar comportamientos saludables, que abarcó diversos temas de la vida cotidiana relacionados entre sí, actividad física, consumo de frutas y verduras, habilidades comunicativas, integración de la familia, uso de espacios públicos, lo que está relacionado con el concepto positivo de salud (38-48).

De otro lado, la estrategia pedagógica basada en la construcción conjunta de conocimiento desde el saber del otro, hacer explícitos los objetivos y la metodología de trabajo y la horizontalidad de la relación facilitadora–participantes, es producto de la materialización del uso del enfoque constructivista que permitió la definición de la estructura de las sesiones en las que se promovía el intercambio de conocimiento entre las participantes y la construcción de conocimiento con los recursos endógenos de ellas, sus familias, su grupo de pares y sus entornos.

Este aspecto es particularmente relevante si se tienen en cuenta las ventajas de desarrollar programas a nivel comunitario donde se abarca una proporción más amplia de personas que interactúan y construyen conocimiento a través de la interacción con sus redes de soporte personal (40), creando repertorios interpretativos que facilitan la reedición de normas sociales que dan soporte a la adopción de comportamientos saludables (49), lo cual es coherente con el construcciónismo social. Lo anterior invita a diseñar estrategias de promoción de comportamientos que protejan contra las condiciones crónicas no desde modelos biomédicos sino desde modelos de salud pública (50).

Un logro del programa fue haber podido concretar en espacios comunitarios la adopción de un modelo conceptual desde una perspectiva ecológica, para analizar los factores relacionados con la actividad física y el consumo de frutas y verduras. Las reflexiones acerca de dichos

comportamientos trascendieron de la perspectiva individual, como primer nivel de este modelo, hasta considerar otros niveles como el de la familia y del barrio. No obstante, un desafío futuro del programa es pasar de los procesos reflexivos en el nivel comunitario, al desarrollo de acciones complejas que favorezcan contextos para la adopción y mantenimiento de comportamientos saludables, tomando como referencia el modelo conceptual adoptado para el programa (Ver Gráfico 1.).

De esta forma, se hace necesario reconocer el reto social que implica diseñar estrategias que permitan y reconozcan la relevancia de la transformación social de la realidad, ante lo cual los servicios de salud tienen el compromiso de reorientar las formas tradicionales de relación con las comunidades en el contexto de la educación en salud. En cuanto a esto, los fundamentos y evaluación del programa *Tú Vale* aportan elementos que pueden ayudar a resolver la tensión que genera en dichos servicios la demanda de acciones coherentes con las dinámicas sociales relacionadas no solo con las condiciones crónicas sino con otros aspectos ligados a la promoción de la salud y a la calidad de vida en general.

La evaluación de proceso del programa evidencia la importancia de que el talento humano conozca los elementos que fundamentan los programas, para poder tener recursos de análisis y evaluación cotidianos durante el desarrollo del programa. En el contexto de *Tú Vale* ello requirió de un esfuerzo importante de formación y monitoreo del talento humano, con el propósito de apropiar las dinámicas que favorecieran la autoevaluación, la retroalimentación y la construcción crítica.

A la luz de lo descrito, es posible concluir que muchos de los resultados esperados y no esperados de un programa comunitario dependen de las dinámicas sociales en las cuales se implemente. Sin embargo, el alcance de resultados esperados será más factible en la medida en que la acción procure aumentar el conocimiento de la comunidad y las acciones se ajusten y evalúen en campo. De esa manera, esta exploración intentó avanzar en lo que Davis denomina la tercera generación de los estudios comunitarios (51), es decir, aquellos que por medio de modelos contemporáneos en salud pública exploran potenciales caminos para promover comportamientos saludables.

Futuros estudios de evaluación deberán ser realizados para ganar mayor comprensión sobre la sostenibilidad de este tipo de programas, tanto desde la perspectiva de las participantes como de las organizaciones responsables de su conducción.

AGRADECIMIENTOS

Los autores aprecian y agradecen la dedicación y compromiso de las comunidades, profesionales e instituciones que desde 2003 han aportado a la construcción de conocimiento para la promoción de la actividad física y el consumo de frutas y verduras en Bogotá. El desarrollo del programa *Tú Vales* recibió aportes de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud de Bogotá D. C. (contratos 504/2002, 469/2005 y 0888/2006), Fundación FES Social, Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Universidad de Pamplona (Colombia) y del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias (contrato 347/2004).

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. STRONG K, MATHERS C, LEEDER S, BEAGLEHOLE R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2005; 366(9496):1578-82.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report*. Geneva: World Health Organization, 2005.
3. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. *Estadísticas vitales. Plan de acción para la prevención y control de las condiciones crónicas de salud en Bogotá D. C. Marco situacional*, 2007.
4. PEREL P, CASAS JP, ORTIZ Z, MIRANDA JJ. Non-communicable diseases and injuries in Latin America and the Caribbean: Time for action. *PLoS Med* 2006; 3(9):e344. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030344.
5. ROBLES S. A public health framework for chronic diseases prevention and control. *Food Nutrition Bulletin* 2004; 25(2):194-199.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
7. HASKELL W, LEE IM, RUSSELL P, POWELL K, BLAIR S, FRANKLIN B, ET AL. Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the

- American college of sports medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; doi:10.1161/Circulationaha. 107.185649.
8. TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. Recommendations to Increase Physical Activity in Communities. *American Journal of Preventive Medicine* 2002; 22(4S):67-72.
 9. ZINO S, SKEAFF M, WILLIAMS S, MANN J. Randomized controlled trial of effect of fruit and vegetables consumption on plasma concentrations of lipids and antioxidants. *British Medical Journal* 1997; 314:1787-1791.
 10. UUSITALO U, PIRJO P, PUSKA P. Dietary Transition in Developing Countries: Challenges for Chronic Disease Prevention, in *Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases*, edited by World Health Organization, Geneva, World Health Organization 2002; 1-25.
 11. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, 2005*, Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006.
 12. BIRMINGHAM B, SHULTZ JA, EDLEFSEN M. Evaluation of a Five-A-Day recipe booklet for enhancing the use of fruits and vegetables in low-income households. *J Community Health* 2004; 29:45-62.
 13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Fruit and vegetable promotion initiative / a meeting report / 25-27/08/03*, World Health Organization, 2003.
 14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Iniciativa mundial anual por tu salud, muévete. Documento de exposición de conceptos [citado en noviembre 30 de 2004], disponible en URL: http://www.who.int/hpr/physactiv/docs/concept_paper_spanish.pdf. 2004.
 15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fifty-Seventh World Health Assembly. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization 2004; WHO A57/9.
 16. HORTON R. The neglected epidemic of chronic disease. *Lancet* 2005; 366(9496):1514.
 17. EPPING-JORDAN J, GALEA G, TUKUITONGA C, BEAGLEHOLE R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet* 2005; 366(9497):1667-71.
 18. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Carmen initiative [fecha de acceso: 10 may. 2004], available in URL: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/carmen-info.htm>.
 19. ROBLES S. A. Public health framework for chronic diseases prevention and control. *Food Nutrition Bulletin* 2004; 25(2):194-199.
 20. CABRERA-ARANA G, MOLINA-MARÍN G, RODRÍGUEZ-TEJADA C. Base teórica en una muestra de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud

- Pública - Universidad de Antioquia, Colombia, 1965-2004, *Revista de Salud Pública* 2005; 7(1):99-111.
21. LUCUMÍ DI, SARMIENTO OL, FORERO R, GÓMEZ LF, ESPINOSA G. Community intervention to promote consumption of fruits and vegetables, smoke-free homes, and physical activity among home caregivers in Bogotá, Colombia. *Preventing Chronic Diseases* [serial online] 2006 Oct [October 1 2007], available from: http://www.cdc.gov/ pcd/issues/ 2006/ oct/ 06_0014.htm:
 22. PRADA GE, DUBEIBE-BLANCO LY, HERRÁN OF, HERRERA-ANAYA M. Evaluación del impacto de un ensayo comunitario sobre el consumo de frutas y verduras en Colombia. *Salud Pública de México* 2007; 49(1):11-19.
 23. SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ D. C. *Lineamientos de política pública para la prevención de las enfermedades crónicas en Bogotá* D. C., Bogotá: Secretaría de Salud, 2002.
 24. BERGER L, LUCKMAN T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1991.
 25. OAKLEY A, BENDELOW G, BARNES J, BUCHANAN M, HUSAIN N. Health and cancer prevention knowledge and beliefs of children and young people. *British Medical Journal* 1995; 310:1029-32.
 26. HAVAS S, DAMRON D, TREIMAN K, ANLIKER J, LANGERBERG P, HAMMAD T. The Maryland WIC 5 day promotion program pilot study: rationale, results and lessons learned. *Journal of Nutrition Education* 1997; 26(6):343-350.
 27. WHITE S, AGURTO I, ARAGUAS N. Promoting healthy behaviours to prevent chronic disease in Panamá and Trinidad & Tobago: results of the women as agents of change project. *Journal of Community Health* 2006; 31(5):413-428.
 28. GÓMEZ LF, MATEUS JC, CABRERA G. Leisure-time physical activity among women in a neighbourhood in Bogotá, Colombia: prevalence and socio-demographic correlates. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(4):1103-1109.
 29. HERNÁNDEZ B, DE HAENE J, BARQUERA S, MONTERUBIO E, RIVERA J, SHAMAH T ET AL. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14(4):235-245.
 30. DIAS-DA-COSTA JS, HALLAL PC, WELLS JC, DALTOÉ T, FUCHS SC, MENEZES AM, OLINTO MT. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(1):275-282.

31. OGILVIE D, FOSTER C, ROTHNIE H, CAVILL N, FITZSIMONS C, NANETTE MUTRIE AND ON BEHALF OF THE SCOTTISH PHYSICAL ET AL. Interventions to promote walking: systematic review. *British Medical Journal* 2007; 334. doi:10.1136/bmj.39198.722720.BE
32. GÓMEZ L, DUPERLY J, LUCUMÍ D, VENEGAS S, GÁMEZ R. Niveles de actividad física global en la población adulta de Bogotá. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19:206-13.
33. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Guías alimentarias para la población colombiana mayor de 2 años [fecha de acceso: noviembre de 2007], disponible en URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VB/eContent/librarry/documents/DocNewsNo15194DocumentNo1970.PDF>.
34. KAWACHI I, BERKMANS L. Introduction, in Kawachi I, Berkman L (editors), *Neighborhoods and health*, New York: Oxford University Press, 2003, pp. 1-19.
35. STOKOLZ D. Translating socioecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion* 1996; 10(4):283-298.
36. RICHARD L, POTVIN L, KISHCHUK N, PRLIC H, GREEN L. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1996; 10(4):09-328.
37. COULTON CJ, KORBIN J, SU M. Mapping residents' perceptions of neighbourhood boundaries: a methodological note. *American Journal of Community Psychology* 2001; 29(2):371-383.
38. ISRAEL B, SCHULZ A, PARKER E, BECKER A. Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review in Public Health* 1998; 19:173-202.
39. MARDONES, J. *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para la fundamentación científica*, Bogotá: Editorial Anthropos, 1991.
40. SLUSKY C. *La red social: fronteras de la práctica sistémica*, Barcelona: Gedisa, 2002.
41. DÍAZ F, REAÑADES G. *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista*, México D. F: McGraw-Hill, 1999.
42. SALLIS JF, OWEN N. Ecological Models, in Glanz K, Lewis FC, Rimer BK (editors), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*, second edition, San Francisco: Jossey-Bass, 1996, pp. 403-424.
44. COHEN E, FRANCO R. *Evaluación de proyectos sociales*, Buenos Aires: GEL, 1992.

44. GREEN J, THOROGOOD N. *Qualitative methods for health research*, London: Sage Publications, 2004.
45. GAMBARA I, VARGAS-TRUJILLO E. La evaluación de programas de intervención psicosocial, en Blanco A y Rodríguez J, *Intervención psicosocial*, Madrid: Person Prentice-Hall, 2007.
46. LUCUMÍ DI, SARMIENTO O, GIRÓN S, IBARRA MC, RODRÍGUEZ L, ESPINOSA G ET AL. Evaluación de un programa comunitario para la promoción del consumo de frutas y verduras y la actividad física en mujeres cuidadoras de hogar de Bogotá, Informe final, Bogotá, 2007.
47. NUTBEAM D, HARRIS E. *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community theories and models in health promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion, 1998.
48. GLANZ K, LEWIS F, RIMER B. Linking theory, research and practice, in Glanz K, Lewis F, Rimer B (editors), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*, second edition, San Francisco, CA: Jossey Bass, 1997, pp. 19-36.
49. POTTER J, WETHEREL M. *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behavior*, London: Sage Publications, 1997.
50. DiCLEMENTE R, CROSBY R, SIONEAN C, HOLTGRAVE D. Community intervention trials: theoretical and methodological considerations, In Blumenthal D, DiClemente R (editors), *Community-based health research, issues and methods*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2004, pp. 171-198.
51. DAVIS S. Cardiovascular Risk-reduction Community Intervention Trial. In Blumenthal D, DiClemente R (editors), *Community-based health research, issues and methods*, New York: Springer Publishing Company Inc. 2004, pp. 199-215.

