

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS DE SALUD



TIPO DE MOTIVACIÓN COMO FACTOR RELACIONADO AL
CONOCIMIENTO EN LOS AGENTES COMUNITARIOS DE LA
RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES – VILLA MARÍA
DEL TRIUNFO

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA CON MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS DE SALUD**

Autor: Bach. JESSIE GIOVANNA GONZÁLEZ MORALES

Asesor: Mg. OSCAR CAMPOS RIVERO

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

Es importante expresar mi agradecimiento a muchas personas, ya que esta tesis si bien es fruto de un arduo trabajo personal, también es el resultado de una suma de apoyos, apoyos de mis maestros, familia y amigos:

Debo comenzar agradeciendo a mi asesor, el magister Oscar Campos Rivero, por sus valiosos comentarios, por ayudarme a encauzar mi tesis.

Al ingeniero Wilfredo Mormontoy, al igual que el profesor Gunther Balarezo, dignos catedráticos por su disposición inigualable y por sus valiosos aportes en la estadística y redacción de mi tesis.

A todos mis maestros de esta digna casa de estudios, por contagiarme su entusiasmo por la investigación y por brindarme sus conocimientos con ahínco y dedicación.

A mis padres por enseñarme, entre muchas cosas, a no rendirme nunca.

A mi esposo por su apoyo incondicional, por haberme acompañado con su tiempo y con sus palabras de aliento que han hecho que los días de trabajo se conviertan en días más llevaderos.

A mis hijos, que son mi motor, por su amor que me dio la fuerza y por su consideración en jornadas largas de estudio.

A mis hermanos por confiar en mí.

A mis amigos, que de distinta manera me han ayudado.

Y por sobre todas las cosas a Dios, que siempre está en mi corazón y guía mis pasos.

RESUMEN

En la atención primaria de salud se necesita trabajar con la comunidad, el fortalecimiento de los individuos en el primer nivel de atención apunta a construir conocimiento, motivación, competencia o habilidades de las personas para que alteren su conducta respecto a los factores de riesgo personal. El agente comunitario es el voluntario en salud que colabora con el Ministerio de Salud en el logro de estos cambios, para lo cual requiere tener conocimientos en los distintos campos de la salud. Los motivos que llevan a las personas a ser agentes comunitarias son diversos. En tal sentido el objetivo general del estudio fue determinar si existe relación entre tipo de motivación y conocimientos en los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud. El diseño metodológico utilizado fue el observacional, analítico tipo transversal. Se aplicó dos instrumentos: un cuestionario y un test a 115 agentes comunitarios aplicando los criterios de inclusión. Entre las principales conclusiones se encontró que hubo más agentes desaprobados que aprobados, que la motivación que más señalan es la orientada a obtener mayores conocimientos en la salud y que es la motivación extrínseca la que tiene una asociación positiva con el conocimiento.

Palabras Claves: atención primaria en salud, agentes comunitarios, tipos de motivaciones, conocimientos.

INTRODUCCIÓN

Cada vez está más claro que para mejorar la salud de la población, resulta más eficaz que la tecnología médica lo que las propias personas puedan hacer por sí mismas.

Las medidas preventivas son más eficaces que las curativas para mejorar la salud, tal es así que si la población adoptara hábitos de vida más saludables se lograría una mejora en su salud de forma más rápida que si se realizara únicamente una inversión en los servicios.

Esto es reconocido por el Ministerio de Salud de nuestro país, quien ha señalado como uno de sus lineamientos fundamentales la implementación de un modelo de atención integral, lo cual debe generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.

El saber reconocer que tenemos limitaciones nos lleva a buscar la cooperación de otros, pues entendemos que no podemos hacerlo todo solos necesitamos de los demás.

Los que trabajamos en atención primaria de salud, reconocemos que es difícil llegar a la población sin la ayuda de personas de la misma comunidad: los agentes comunitarios.

Los agentes comunitarios son personas muy valiosas, aliados fundamentales para el logro de los cambios esperados en cualquier comunidad en la que trabajemos, pero que en la práctica no conocemos en toda su amplitud, por lo es menester preguntarse si sabemos lo suficiente acerca de su vocación, si sabemos sobre sus motivos para ser agentes comunitarios, si son suficientes los conocimientos adquiridos para poder cumplir su labor, si están satisfechos con su función o, si se sienten identificados con la institución, entre otras cosas.

No se pretende en esta investigación abordar todos estos puntos, pero si generar conocimientos con bases científicas para acercarnos un poco a ellos y contribuir en la revigorización de tan importante y potencial ciudadano.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	6
1.1.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .	6
1.2.- IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
1.3.-ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL TEMA	8
1.4-OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	10
1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO	11
CAPITULO II : MARCO TEÓRICO.....	12
2.1.-BASES TEÓRICAS RELACIONADAS CON EL TEMA	12
2.2.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS USADOS	20
2.3.-HIPÓTESIS	21
2.4.-VARIABLES.....	21
CAPITULO III : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.1.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
3.3.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	25
3.4.-RECOLECCIÓN DE DATOS	26
CAPITULO IV : RESULTADOS, ANÁLISIS.....	29
4.1.-RESULTADOS :	29
4.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	49
CAPITULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	79

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los promotores de salud o agentes comunitarios (AC) son personas de la comunidad que se capacitan para promover conductas de autocuidado, promoción y prevención de la salud. Son capacitados por el Ministerio de salud sobre temas vinculados a la salud de acuerdo al perfil epidemiológico de su zona, de tal manera que participen activamente en la solución de sus problemas. Son capacitados para desarrollar talleres sobre diferentes temas de salud, preparados para ser protagonistas de la organización de su comunidad, involucrándose en la priorización de sus problemas de salud, ayudando a buscar las mejores estrategias para el logro de los objetivos fijados para mejorarla y sirviendo de nexo entre la comunidad y el equipo del sistema primario de atención. Son agentes multiplicadores ayudando a que la comunidad tome conciencia de la situación de su salud, que para hacerlo debe mejorar sus condiciones de vida y la de su familia es decir debe enseñar a la población a empoderarse de su salud y ser ejemplo a seguir en cuanto a prácticas de vida saludables se refiera, pero lamentablemente los motivos de consultas de los AC y de sus familiares directos en el Centro materno Infantil José Carlos Mariátegui de la Red San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo (Red SJM-VMT) son patologías que por su preparación deberían conocer y prevenir como parasitosis, pediculosis, tuberculosis, embarazos en adolescentes, desnutrición infantil, enfermedades bucales, anemia, obesidad, enfermedades que son prevenibles con normas básicas de saneamiento y sobre todo con estilos de vida saludables, estilos de vida que los agentes comunitarios deben de conocer y que se debería ver reflejado en su salud.

Es importante saber que uno de los requisitos para ser agente comunitario es el trabajo voluntario, que sean personas que estén motivadas por su espíritu de ayuda, por las ganas de que su comunidad mejore, que sean personas preocupadas por el bienestar del prójimo preocupadas por su desarrollo y el del otro, pero muchas veces los motivos van más allá de ese espíritu solidario y aparecen otras motivaciones como son los económicos, pues en algunas

actividades que realiza el establecimiento el agente comunitario percibe un incentivo económico. Otro motivo que los impulsa a convertirse en agentes comunitarios puede ser la búsqueda de contactos para el logro de contrataciones de trabajo en dicho establecimiento pues vemos que muchos de los trabajadores del establecimiento se iniciaron siendo agentes comunitarios, o tal vez motivados por los estímulos que a veces se les brinda gracias al aporte de algunas organizaciones no gubernamentales como son las canastas familiares que reciben en forma mensual en algunas estrategias como tuberculosis, siendo motivos que podrían distorsionar la razón de ser del agente comunitario y que podrían traer como consecuencia que no incorporen adecuadamente los conocimientos que se les brinda en los diferentes talleres sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades, conocimientos necesarios para el logro de sus funciones e imprescindibles para la modificación de sus conductas y las de sus familias, razones por las que nos preguntamos: ¿los tipos de motivación de los agentes comunitarios están en relación a los conocimientos que ellos tienen en el campo de la salud?

1.2.- IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los agentes comunitarios de salud constituyen un nexo importante entre los servicios de salud y la comunidad convirtiéndose en un ciudadano valioso.

Es imperativo que los agentes comunitarios de salud desarrollen competencias y tengan adecuados conocimientos en el campo de la salud pues estos servirán para identificar los problemas sanitarios de su comunidad, dar soporte en caso de emergencias y le servirán para cumplir su rol de educador sanitario en la prevención y promoción de la salud.

Son distintas las motivaciones que llevan a las personas de una comunidad a asumir el rol de agente comunitario, la determinación de cuáles son esas motivaciones es fundamental pues permitirá conocer el perfil del agente comunitario de la Red San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo.

Para el desarrollo cognitivo de una persona es importante el factor motivacional, la persona que aprende debe de estar predispuesta para el aprendizaje, debe de estar motivado. El agente comunitario es un voluntario en salud que para poder cumplir su rol adecuadamente debe querer aprender.

Son pocos los estudios realizados en nuestro país con agentes comunitarios, esta investigación espera colaborar como base científica al conocimiento de la relación entre conocimiento en el campo de la salud y tipo de motivación para conocer el perfil ideal del agente comunitario así realizar una adecuada selección de los mismos, evaluando los criterios que se están utilizando en la actualidad tanto en la comunidad como en los establecimiento de salud del Ministerio de Salud y entidades privadas. Lo cual significará un mayor compromiso de los agentes comunitarios consigo mismos, con su familia y con la comunidad logrando una mejor participación ciudadana.

Este trabajo de investigación beneficiará a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud que realizan atención primaria pues verán sus esfuerzos de capacitación y gestión que redundan en el adecuado conocimiento de los agentes comunitarios, lo que lleva a la mejora de los estilos de vida, mejor control de salud de la población y por ende a la disminución de la morbimortalidad de enfermedades por causas prevenibles.

Finalmente, los principales beneficiados serían la población en general pues tendrán representantes de su comunidad identificados y sobre todo preparados de tal manera que la promoción de la salud en ellos sea sostenible en el tiempo.

1.3.-ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL TEMA

INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA

En el año 2007 en Colombia, Leal Terranova, investigó acerca de los conocimientos y prácticas de los promotores de salud frente al factor de riesgo Biológico. Su objetivo general fue identificar los conocimientos y prácticas de los promotores de salud de las áreas rurales frente al factor de Riesgo Biológico durante el período de mayo a noviembre del 2007, el método usado fue descriptivo exploratorio utilizando como técnica de recolección de datos el cuestionario y una guía de observación estructurada, obteniendo como resultado que la calificación de conocimientos de los promotores frente al factor biológico era regular en un 40%.¹

Martínez de Onofre, realizó en Monterrey, N.L., México en el año 1993 una investigación sobre los voluntarios en salud en la participación comunitaria, el objetivo general fue indagar si la motivación de acuerdo a la teoría de Clayton P. Alderfer, influye en la participación comunitaria de este personal voluntario en los programas de salud. El diseño metodológico utilizado fue el descriptivo, retrospectivo y transversal y se aplicó un cuestionario a una muestra aleatoria de 33 promotores voluntarios en salud. Los hallazgos en este estudio permitieron afirmar que la participación comunitaria activa por parte del promotor voluntario depende de la satisfacción de las necesidades básicas. En cuanto a la participación comunitaria en los programas de salud se encontró que se dan en forma pasiva y que el promotor no participa en los programas de salud de acuerdo a los indicadores utilizados.²

Vecina Jiménez y Chacón Fuertes, realizaron una investigación en Madrid en el año 1991, acerca de las motivaciones de las personas voluntarias que trabajaban en el campo del SIDA, el objetivo general del estudio fue conocer la importancia concedida a las diferentes motivaciones para tomar la decisión de ser voluntario y la influencia de determinadas variaciones sociodemográficas como la edad, el nivel de estudios, el tiempo de permanencia en esta organización, dando como resultado que los voluntarios eran motivados especialmente por la motivación de valores.³

Milena Sánchez y Salas Carrión en el año 2001 en Cuzco-Perú, investigaron acerca del Rol de Promotor de Salud mediante el desempeño de este en su comunidad. El objetivo general del estudio fue el de evaluar la capacidad de liderazgo del promotor y evaluar el conocimiento sobre tópicos frecuente de enfermedad en su comunidad para lo cual utilizaron un diseño metodológico tipo descriptivo y de evaluación, utilizando como técnica de obtención de datos una encuesta escrita a un total de 22 promotores. Realizaron también supervisiones a 12 de ellos tomando en cuenta liderazgo de promotor, planificación en sus visitas, prácticas y aptitudes de su labor, habilidad en su trabajo, obteniéndose como resultado que el 91,9% fueron varones, el 45% tenía primaria incompleta, el conocimiento teórico sobre su salud fue malo en un 54,54%, el 50% no son líderes en su comunidad, el 63,63% no usa ningún método de planificación

familiar, el 66,66% de los promotores no pueden dar una buena imagen de vida en su comunidad muchos de ellos son asiduos consumidores de alcohol, no hacen controles a sus esposas cuando están embarazadas y en algunos de ellos sus hijos están en desnutrición, asimismo se concluyó que pocos son los promotores elegidos por la comunidad. ⁴

En 1999 en Lima-Perú, Vidal Córdova, investigó acerca de la participación comunitaria en salud, siendo el objetivo general de su investigación conocer la participación comunitaria en el sistema de salud como en las organizaciones populares. Para lo cual utilizó una muestra de 42 promotoras de salud utilizando como herramienta de obtención de datos una encuesta. Entre las principales conclusiones se encontró que el 100 % de la promotora entrevistada pertenece a organizaciones funcionales, con alto grado de organización; dentro de las ventajas que señalan las promotoras de participar en las actividades de salud encontró que fueron por la obtención de nuevos conocimientos, el fortalecimiento del espíritu solidario y sentirse útil al mejorar la salud de la comunidad; asimismo encontró que la desventaja era la ausencia de incentivos.⁵

1.4-OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre tipo de motivación y conocimiento en los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el promedio general de conocimientos en el campo de la salud de los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.
2. Identificar los tipos de motivaciones de los agentes comunitarios en la Red de salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.
3. Conocer las condiciones sociodemográficas de los agentes comunitarios intervenidos en la Red de salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.

4. Determinar la motivación intrínseca- trascendente como factor relacionado al conocimiento de los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.
5. Determinar la motivación extrínseca como factor relacionado al conocimiento de los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.

1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

-Dificultad para reunirlos en las convocatorias, para lo cual se coordinó con las asistentes sociales y se aprovechó en algunos casos reuniones de festejos como el Día de la Madre o aplicarles los instrumentos para obtención de datos antes de su salida a campo en el desarrollo de sus actividades en horario de 6 de la mañana u organizando algún agasajo extraordinario.

-Vacaciones de algunas asistentes sociales lo que dificultó la convocatoria, se realizó una convocatoria general de agentes comunitarios a través de la coordinadora de Promoción de Salud de la Red de salud.

-Desánimo en la realización de los instrumentos por algunos agentes pues referían que nunca se les entrega los resultados de las mismas, para lo cual se les pidió que si deseaban pusieran un sobrenombre y se les haría llegar el resultado a través de la asistente social de su zona.

-Dificultad para la lectura de los instrumentos aplicados por algunos agentes por la falta de lentes (presbicia), se le leyó personalmente una a una las preguntas demorando, en estos casos específicos, hasta 2 horas en la resolución de la misma. Hubo un caso de una agente con su brazo derecho enyesado, teniendo que ayudarla en la marcación de las respuestas que consideraba ella correctas.

CAPITULO II : MARCO TEÓRICO

2.1.-BASES TEÓRICAS RELACIONADAS CON EL TEMA MARCO HISTÓRICO

En la conferencia de Alma Ata (URSS) en el año 1978, se resaltó la labor del promotor de salud en el marco de la atención primaria de salud, enfatizándose como fundamental su accionar en la implementación de la atención primaria de salud, además de referirse a ellos como actores clave para conseguir el anhelo de Salud para Todos en el año 2000.⁶

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), establece el trabajo con agentes comunitarios un año después de la reunión de Alma Ata. Pero los antecedentes de trabajo con agentes comunitarios en el Perú se dan por primera vez, en el año 1930, en Puno, cuando el médico Manuel Núñez Butrón convocó a un grupo de campesinos de las zonas rurales, dichos voluntarios adoptaron el nombre de RiKcharis (despertadores de conciencias) y constituyeron uno de los primeros grupos de promotores voluntarios, quienes trabajaron con los postulados que hoy en día constituyen el enfoque de promoción de la salud, es decir bajo el concepto de que la salud es el resultado de la higiene, de la buena alimentación y de la vida al sol y al aire libre y cuya misión era promover acciones y cambios culturales, mejorar las condiciones sanitarias y desterrar el analfabetismo.^{6,7}

Dentro de las experiencias exitosas que comunica la dirección ejecutiva de participación comunitaria refiere que el agente comunitario de salud ha contribuido en el campo de la salud Pública, en la erradicación de enfermedades como el cólera, pues fue importante la labor que realizaron en el año 1991, salvando muchas vidas gracias a que conocían el manejo de la diarrea aguda y que sirvió de base para controlar este problema de salud que afectó a varios países de Latinoamérica.⁶

Además, refiere, han contribuido a la disminución de muertes maternas e infantiles al aumento de coberturas de vacunación en zonas rurales y urbanas-marginales, al control de las enfermedades metaxénicas,

tuberculosis y otras, contribuyendo a la captación y seguimiento de los grupos de riesgo.⁶

En 1999 se estableció el 4 de junio como Día del Agente Comunitario, por Resolución Ministerial N° 217-99-SA/DM motivo por el cual se realizan a nivel de todas las entidades de salud del Perú eventos destacando la labor invaluable y el apoyo que brindan estos voluntarios de la salud.^{6,8}

En diciembre del año 2002 los agentes comunitarios de salud del Perú fueron reconocidos como “Héroes de la Salud” otorgado por el MINSA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por motivo de los 100 años de la OPS.⁹

En febrero del 2013 se reunieron los agentes comunitarios más destacados de todo el Perú en el “Encuentro Nacional de presentación de experiencias y reconocimiento a la labor de los agentes comunitarios y el voluntario en salud” donde se experiencias exitosas que han logrado los voluntarios como instalación de duchas solares en Huancavelica, las cocinas mejoradas o la disminución de la desnutrición en San Pedro de Pichaniz en Villa Rica (Pasco).¹⁰

El año 2013 también se realizó el I encuentro provincial de Agentes Comunitarios en Salud que organizó la Red II de salud de Cajamarca donde se entregaron premios por la labor destacada tomando como criterios las actividades preventivas, la presentación de sus experiencias y mostrar las evidencias de su labor.¹¹

El Director General de Promoción de la Salud, Edwin Peñaherrera Sánchez, destacó el papel de los agentes comunitarios de salud (ACS) en la comunidad, refiriendo que con su “labor suman esfuerzos para la mejora de la salud y crean puentes que promueven la satisfacción de las necesidades de salud de la población en los servicios de salud locales”.¹²

Actualmente el Ministerio de salud cuenta con más de 35 mil agentes comunitarios de salud, de los cuales el 60% son mujeres de 17 a 70 años.¹⁰

ESTRUCTURA TEÓRICA Y CIENTÍFICA QUE SUSTENTA EL ESTUDIO.

Entendemos a la salud pública como un concepto básicamente social, cuyo objetivo final es mejorar la salud de las personas, mejorar la calidad de vida de las comunidades y poder prolongar la vida a través de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y otras formas de intervención sanitaria.¹³

Es importante para la sociedad poder mejorar la calidad de vida y de esta manera poder disminuir la mortalidad y morbilidad por causa evitables.¹⁴

Con respecto a los servicios de salud y teniendo en cuenta que está demostrado que resulta más fácil y además económico prevenir la enfermedad al promover la salud, que tratarla, se debería dar más énfasis a la promoción de la salud.¹⁴

Además el enfoque de los servicios de salud hacia la atención primaria de salud (APS) exige hacer mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pues sus acciones son costo efectivas, éticas y son esenciales para abordar los determinantes sociales de la salud, recalando que los servicios de APS exitosos son los que estimulan la participación comunitaria.¹⁵

Es importante diferenciar entre la promoción y la prevención de la salud, si bien ambas tienen como meta mejorar la salud de la población su enfoque es distinto. La promoción se enfoca en los determinantes de la salud buscando modificar hábitos y estilos de vida, en cambio la prevención actúa sobre la población con riesgo de enfermar y busca controlar los factores de riesgo y del medio ambiente.^{16, 17}

La carta de Ottawa en 1986 define promocionar la salud como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social”, la promoción de la Salud procura fortalecer las condiciones que llevan a la población adoptar mejores decisiones en torno a su salud y mejorarla.¹⁷⁻¹⁹

Es decir que las personas logran mejorar su calidad de vida con la adquisición de estilos de vida saludables, siendo en esencia la educación y la promoción de la salud las que permiten a la población empoderarse de su salud, considerándose a la educación fundamental en la salud preventiva si es que induce a las personas a proteger, promover y resguardar su propia salud.^{14, 20}

La educación para la salud es un proceso sociocultural permanente que busca el desarrollo de capacidades en las personas para que realicen cambios en su conducta y de esta manera tener control sobre su propia salud, además de permitir que estos cambios favorezcan la salud de todos, por su acción en la comunidad.²¹

Un componente fundamental en la promoción de la salud es el fomento de la participación comunitaria, pues, gracias a ello se logra que los individuos y las familias asuman responsabilidades con respecto a su salud. Les permite además resolver sus problemas, contribuir a su desarrollo económico, y pasar de beneficiarios pasivos a activos. Por lo que, las actividades de promoción de la salud deben hacer énfasis principalmente en la responsabilidad individual.^{16, 19}

La promoción de la salud busca el empoderamiento de la salud de las poblaciones, y es el mecanismo a través del cual las distintas comunidades adquieren el dominio de sus propios problemas. Es allí donde radica la real importancia de este concepto siendo la relación interactiva entre la persona y su entorno comunitario.²²

Para acceder a las comunidades con mayor eficacia y conociendo que los servicios de salud y sus recursos están dirigidos fundamentalmente a la atención médica, es necesario que miembros de la misma comunidad asuman el rol protagónico siendo entonces absolutamente necesaria la formación de agentes comunitarios (ACS) o promotores de salud capaces de actuar sobre su mismo grupo para elevar sus condiciones de salud y estilos de vida.^{18, 23-25}

Es importante recalcar que los agentes comunitarios no son personas que sustituyen las funciones del personal de salud, es decir no son una barata solución a la falta de recurso humano sino son parte importante del equipo de promoción de la salud del establecimiento de salud.²⁶

En países como España existen experiencias con los agentes comunitarios donde se ha comprobado que su trabajo ha contribuido a que las comunidades aumenten la autorresponsabilidad y autoconfianza con respecto a sus problemas de salud, ya que gracias a la contribución de los agentes comunitarios el nivel de conocimientos de la población y esto además acorta las distancias entre los profesionales y la comunidad²²

Refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud, que el agente comunitario es un puente, un punto de unión, entre la comunidad y los servicios de salud. Estableciéndose uno de sus roles principales que es el ser articulador entre la comunidad y el personal de salud y otras organizaciones.⁷

El agente comunitario es una persona, elegido y /o reconocido por su comunidad cuyo principal valor es el compromiso con los problemas de su comunidad, que tiene los conocimientos para hacer frente a los problemas de salud de sus miembros y están formados para trabajar en forma voluntaria con todas las familias siempre vinculados con los servicios de salud, contribuyendo a que las personas de su comunidad adopten conductas favorables a su salud.^{18, 27}

Para lograr una mejor identificación con su comunidad, es necesario que el agente comunitario sea elegido por la organización comunal a la que pertenece a través de una asamblea general o puede ser designado por su organización social de base, pues cuando los agentes comunitarios son de la comunidad su eficacia y su grado de participación aumenta, ya que la población los percibe como personas que comparten vivencialmente sus mismos problemas; asimismo deben de tener disponibilidad para realizar el trabajo voluntario además de voluntad para participar en las reuniones de capacitación y de coordinación .^{7, 22}

El agente comunitario en salud realiza un servicio de carácter voluntario según lo establece el Ministerio de Salud, y está presto a participar en toda acción que se realice en su comunidad, refiere CARE “son trabajadores voluntarios, dedican gran parte de su tiempo a actividades de organización, gestión y movilización en sus localidades, en coordinación con el personal de las posta y centros de salud, a cambio sólo de satisfacción personal, eventualmente, de reconocimientos públicos y algunos incentivos”.²⁸

Establece el Ministerio de Salud que el agente comunitario no está sujeto a obligación laboral, ni control de horario, pues su servicio puede ser esporádico, refiriendo que el “personal de salud no debe ofrecer contraprestación económica por el servicio social brindado”²⁹⁻³¹

Según opinión de los propios promotores “El trabajo debe ser desinteresado y voluntario” (Rosa, promotora, Chota, Cajamarca). “El promotor tiene que ser amable, caritativo, estar dispuesto a servir, poder dar sus servicios sin esperar como se dice remuneración” (presidente de rondas campesinas, Hualgayoc, Cajamarca).²⁴

Los agentes comunitarios son considerados por el Ministerio de Salud como voluntarios en salud, para Cáritas “el voluntario no es la persona que hace, sino la persona que es. No es sólo la acción voluntaria, sino su motivación”, la motivación del voluntario es altruista.^{31, 32}

Asimismo refiere Zbigniew Zaleski que “el trabajo voluntario es producto de una motivación intrínseca y de un altruismo autentico”.³³

La motivación es importante, es el motor que mueve la conducta. Además según distintos estudios, la motivación parece incidir sobre la forma de pensar y con ello incide sobre el aprendizaje, entonces, según este enfoque es dable suponer que las distintas orientaciones motivacionales tendrían consecuencias sobre el conocimiento.^{34, 35}

Distintos autores coinciden en vincular la motivación intrínseca con acciones realizadas por el interés que genera la propia actividad, considerada un fin y no un medio para alcanzar otras metas.^{34,36} La persona motivada intrínsecamente está mas dispuesta a aplicar un mayor esfuerzo mental durante la realización de una tarea pues refiere Soler Javaloy³⁵, es un proceso intrapsíquico que se basa en las necesidades internas del individuo como es, el sentirse bien con uno mismo..

En cambio en la orientación motivacional extrínseca el voluntario busca realizar una determinada acción pero para satisfacer otros motivos que no están relacionados con la actividad en sí misma, sino que la realizan para el logro de recompensas externas como, ganar reconocimiento, ganar conocimientos, por sentido de pertenencia, mejora profesional entre otros.^{35,36, 37.}

Las personas que deciden ser voluntarias deben poseer una serie de valores, una forma especial de ser y de convivir, ser sensibles y comprometidas con la realidad social, pero no es suficiente la buena voluntad que demuestren, es preciso que se capaciten adecuadamente y que tengan un proceso de aprendizaje³⁵

Es reconocido por muchas de las instituciones que apoyan en la formación de los agentes comunitarios, que la motivación personal que los agentes presenten es importante para aprender.²⁴

Por eso es que en la captación de los agentes comunitarios es beneficioso elegir a aquellas que cuenten con determinadas características personales, pues estas características harán más efectiva su tarea; como es ser comprometido en sus actividades, tener madurez emocional, iniciativa, saber escuchar estar dispuesto a ayudar a quien lo necesita, tener interés en los problemas de salud de su comunidad y compromiso con el establecimiento de salud, siendo la solidaridad el eje de la participación comunitaria^{7, 17}. Refiere la promotora Gladys Alzamora Huapaya: “Más allá de nuestros derechos, nosotros sabemos que tenemos deberes con la comunidad y debemos organizarnos para enseñar a nuestros vecinos cómo se debe reciclar correctamente la basura, así como el eficaz lavado de manos en cada familia”.³⁸

Es importante conocer que las modificaciones de la conducta de las personas se logran a través de la educación, pues la educación otorga oportunidades de aprendizaje facilitando de esta manera el desarrollo de aptitudes y actitudes en beneficio de su salud.^{14, 16, 17}

No se busca que el agente comunitario conozca grandes volúmenes de información sanitaria, muy al contrario, es el conocimiento de las necesidades de su entorno y el perfil epidemiológico de su zona lo que lo llevará a priorizar determinados temas.³⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como una “Estrategia fundamental para lograr las metas de salud. El propósito es contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente en definir su necesidad e implantar sus propuestas para el logro de sus metas en salud, proporcionando a la población

conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad”

Se busca desarrollar y fortalecer en ellos los siguientes roles: el liderazgo, (orientando su actitud de cambio), rol de agente de cambio, (promoviendo una cultura de salud), rol de promotor de Salud (adoptando comportamientos saludables) y rol articulador. Roles que debe interiorizar para poder identificarse como importante actor en su comunidad y así desarrollar su función.³¹

En su capacitación refiere el Ministerio de Salud se busca el desarrollo de otras capacidades como la valoración personal, el interés por su entorno, responsabilidad, la capacidad de cambio de su comunidad y la decisión sobre su salud.^{7, 15}

Considerando la importancia de su preparación para la realización adecuada de sus intervenciones en salud es que se hace necesario que los agentes comunitarios sean acreditados por sus Direcciones de Salud (DISAS) o direcciones regional salud (DIREAS) a la cual pertenecen sus establecimientos de salud de la cual dependen, lo cual garantiza que han logrado los estándares de criterios y mínimas exigencias en su aprendizaje.
7, 31

Es imprescindible el reconocimiento de la labor altruista de los agentes comunitarios por lo que el Ministerio de Salud refiere se debe establecer un plan anual de estímulos por el establecimiento de salud en coordinación con los gobiernos locales y regionales, los cuales incluyen el otorgamiento de constancias, la realización de capacitaciones constantes y actualizaciones permanentes con entrega de credenciales, poder acceder a campañas que tengan alguna retribución, reconocimiento públicos por sus servicios y acceso al seguro integral de salud con atención preferencial en el establecimiento³¹

Dentro de los deberes del agente comunitario está el de cuidar su salud y la de su familia. Lo que implica el autocuidado, que es una forma de cuidado que debe ser fomentada intensamente en sus familias como las prácticas de higiene personal y de la vivienda, promover una maternidad saludable, buena alimentación, ejercicio, las prácticas de respeto mutuo, las inmunizaciones, llevar periódicamente al control a sus hijos, brindando

orientación a los miembros de su familia sobre los cuidados de la salud, desecho de basuras y excretas, y sobre todo dar ejemplo de promoción de vida saludable.^{7, 31, 40}

2.2.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS USADOS

Comunidad: es una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico, de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo.²²

Participación comunitaria: es la intervención de la población, en forma individual u organizada, en la toma de decisiones asumiendo de manera libre y consiente el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en la salud individual, familiar, y comunitaria, en el marco de la promoción de la salud.³¹

Promoción de la salud: es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.³¹

Voluntariado: es la conducta, desarrollada en forma gratuita y dirigida a favor de otras personas.⁴¹

Atención Primaria de salud: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a costo de que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud.

42

Determinantes de la salud: es el conjunto de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y ambientales, de la cual forman parte los individuos y

poblaciones, que influyen o condicionan su estado de salud. Estos factores son múltiples e interrelacionados pudiendo citar los siguientes: estilos de vida, ingresos y posición social, educación, trabajo, condiciones laborales, acceso a servicios sanitarios adecuados y entorno físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.⁴³

Educación: es el proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad.⁴²

Educación para la salud: es el proceso sociocultural permanente por el cual las personas se van desarrollando para beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes, que se logran por interacción en ámbitos de educación formal y no formal. Involucra el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud y crear las posibilidades para actuar en la comunidad, logrando cambios que favorezcan la salud colectiva.⁴²

2.3.-HIPÓTESIS

El tipo de motivación que lleva a las personas a ser agentes comunitarios influye en sus conocimientos.

2.4.-VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Tipo de variables	Escala de medición	Dimensiones	Indicadores
Variable: dependiente Conocimientos	Cualitativa	De razón	Conocimientos de los agentes comunitarios en los distintos campos de la salud	Aprobados: ≥11 puntos Desaprobados:< 11 puntos

Variable Independiente: Tipo de motivación	Cualitativa	Nominal	<p>1.- Motivación extrínseca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora el currículo. • Conocimientos. • Relaciones sociales. • Incentivos <p>2.-Motivación intrínseca-trascendente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores. • Mejora del estado de ánimo. • Defensa del yo. 	<p>Puntaje alto en preguntas 1, 12, 18, 25, 32.</p> <p>Puntaje alto en preguntas 15, 17, 22, 29,34.</p> <p>Puntaje alto en preguntas 2, 5, 7, 21 ,27.</p> <p>Puntaje alto en preguntas 3, 8, 13, 20, 35.</p> <p>Puntaje alto en preguntas 4,10, 19, 23,26.</p> <p>Puntaje alto en preguntas 6, 16, 30, 31, 33.</p> <p>Puntaje alto en preguntas 9,11,14,24, 28</p>
Edad (años cumplidos)	Cuantitativa	De razón		Edad que refieren tener los AC en el momento de la encuesta
Género	Cualitativa	Nominal		Masculino Femenino

Grado de Instrucción	Cualitativo	Nominal		Primaria completa Secundaria completa Técnico Superior Sin estudios
Estado Civil	Cualitativo	Nominal		Casado Soltero Conviviente Viudo Divorciado
Empleo	Cualitativo	Nominal	-Tiene empleo -Tipo de Empleo: -Fijo -Eventual	Si No Si No Si No
Ama de Casa	Cualitativo	Nominal		Si No
Años como agente comunitario	Cuantitativo	De razón		Respuesta dada por el Ac en el momento de la encuesta
Acreditación	Cualitativo	Nominal		Si No

Año de acreditación	Cuantitativo	De razón		Respuesta dada por el AC en el momento de la encuesta
Forma de elección como agente comunitario	Cualitativo	Nominal		Elegido por: Asistente social. Otro personal de salud. Voluntariamente Dirigente.
Número de capacitaciones recibidas al año	Cuantitativa	De razón		Respuesta dada por el AC en el momento de la encuesta

CAPITULO III : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación utilizó una metodología cuantitativa con un diseño observacional, analítico tipo transversal, utilizando como herramienta para la obtención de datos un cuestionario y un test.

3.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron todos los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo que a la fecha son 145, lográndose realizar la encuesta a 115 agentes comunitarios.

Criterios de inclusión

El presente trabajo de investigación incluyó a todos los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo en ejercicio.

Agentes comunitarios de ambos sexos.

Agentes comunitarios mayores de 18 años.

3.3.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La recolección de los datos fue hecha por medio de dos instrumentos:

El primer instrumento fue un test de conocimientos utilizado para determinar los conocimientos en las diferentes líneas de acción⁴⁴: curativo (conocimientos que permiten la atención de las enfermedades prevalentes y referencia a los establecimientos de salud de las enfermedades complejas) ; preventivo (conocimientos que permiten identificar las necesidades de acciones de prevención en la comunidad) y de promoción de la salud (conocimientos para la generación de proceso educativos y participación en la comunidad). Presentó una primera parte de datos generales (13 ítems), algunas de ellas de pregunta tipo cerradas de respuesta múltiple y otras fueron preguntas tipo abiertas. Constó de una segunda parte de preguntas de conocimientos con 26 ítems que se realizó en base a diferentes documentos técnicos creados por el Ministerio de Salud y otros organismos relacionados para las capacitaciones de los agentes comunitarios^{39,44-46}, el mismo que fue validado por juicio de expertos por médicos de la Red San Juan de Miraflores-

Villa María del Triunfo y realizándose además una prueba piloto en 30 agentes comunitarios de la zona para poder establecer la confiabilidad mediante la fórmula 20 Kuder Richardson, obteniendo como resultado 0.71, lo que indica una confiabilidad aceptable.

El segundo instrumento fue un cuestionario sobre Tipo de Motivación, el cual es un inventario de Función del voluntariado adaptado al español por María Celeste Dávila De León y Fernando Chacón Fuentes de la Facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid, este inventario ha sido desarrollado originalmente por Clary y Snyder (1998), con el objetivo de evaluar las motivaciones de los sujetos para realizar actividades de voluntariado, a través de 30 ítems en una escala de 1 al 7 donde 1 significa “totalmente en desacuerdo o no importante” y 7 significa “totalmente de acuerdo o muy importante” de acuerdo a la evaluación de cada afirmación presentada; un aumento del puntaje implica una mayor motivación. La escala no proporciona un puntaje total, sino que en su versión original contempla 6 factores que hacen referencia a diferentes tipos de motivación: valores, conocimiento, mejora del estado de ánimo, mejora del currículum, relaciones sociales y defensa del yo. A esta escala se le agregó 5 ítems con el factor Incentivos, que en la versión original no estaba considerada, dado su carácter de voluntariado, siendo en total 35 ítems. Este instrumento se aplicó en una muestra de 130 voluntarios, pertenecientes a las distintas organizaciones que trabajan en la comunidad de Madrid en el campo del sida, al aplicar el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach se obtuvo un elevado índice Alpha de fiabilidad (0.99) y una estructura de factores que explican el 64,4% de la varianza.

3.4.-RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con las asistentes sociales de los establecimientos de salud sobre horarios de reunión, celebraciones y/o actividades de los agentes comunitarios a su cargo para la aplicación de las encuestas, haciéndose la recolección de datos establecimiento por establecimiento y además se convocó a una reunión general a las promotoras a través de la coordinadora

general de Promoción de la Salud de la Red SJM- VMT realizándose en esa reunión la recolección de datos.

Todas las encuestas se realizaron en días cercanos para no contaminar la muestra. Realizándose los días 5 de mayo de 2015, 6 de mayo de 2015, 7 de mayo de 2015, 8 de mayo de 2015, 9 de mayo de 2015, 13 de mayo de 2015, 14 de mayo de 2015 y 15 de mayo de 2015.

La recolección de datos fue realizada personalmente por el Investigador principal ya que dado el tipo de preguntas se requería de conocimientos previos para alguna explicación y resolución de dudas.

Consideraciones éticas

Los agentes comunitarios no fueron sometidos a ningún examen o experimentación, solo se aplicó los instrumentos respectivos por lo cual el consentimiento informado fue verbal.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó una crítica a las encuestas para identificar los códigos de las respuestas. Posteriormente con la información registrada en los dos instrumentos de recolección de datos, se ingresó la información en una base de datos generada por el Program Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 13.

Para un mejor análisis de la información se realizó una limpieza de la base de datos para presentarlos en tablas conteniendo frecuencias relativas y absolutas.

Las variables cuantitativas se presentaron mediante las medidas de tendencia central y dispersión adecuadas; las variables cualitativas mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

El test de conocimientos constó de 26 ítems, por lo tanto, el puntaje máximo fue de 26 puntos. Posteriormente, al puntaje de cada agente comunitario, se convirtió a un sistema vigesimal de calificaciones.

Se obtuvieron puntajes totales por el instrumento de motivación, considerando cada dimensión de la motivación intrínseca- trascendente y extrínseca, así también un puntaje total según tipo de motivación. Teniendo en cuenta los

percentiles 25 y 75, se estableció los niveles de motivación en bajo, medio y alto, clasificando de esta manera la tendencia en la respuesta de la escala Likert de los agentes comunitarios.

Para asociar la variable resultado del test de conocimiento (aprobado, desaprobado) con las variables sociodemográficas, y el tipo de motivación de los agentes comunitarios se empleó la prueba no paramétrica Chi – Cuadrado, cuando las frecuencias esperadas eran menores o iguales a 5, como máximo en un 20% de las celdas. En caso de presentar frecuencias esperadas menores e iguales a 5 en más de un 20% de las celdas se aplicaron, para establecer asociaciones, la prueba Exacta de Fisher.

Además, se calculó el OR crudo como medida de asociación con sus respectivos valores de p e intervalos de confianza al 95%, mediante el modelo logístico simple. Para calcular el OR ajustado con sus respectivos valores de p e intervalos de confianza al 95% se empleó el modelo logístico múltiple.

Las pruebas estadísticas se aplicaron con un nivel de significación (α) de 0.05.

CAPITULO IV : RESULTADOS, ANÁLISIS

4.1.-RESULTADOS :

TABLA 1

Test de Conocimiento de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud
San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	n (%)
Promedio de conocimiento (M±DS)	10.19±2.93
Rango (mínimo-máximo)	3.08 – 16.15
Resultados de test de conocimiento	
Desaprobados (<11)	65 (56.52)
Aprobados (≥11)	50 (43.48)

M=Media DS= Desviación
estándar

En la tabla 1 se puede apreciar el promedio del resultado del test de conocimientos aplicado a los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo que fue de 10.19±2.93 puntos, presentando como mínimo la calificación de 03.08 puntos y como máximo 16.15 puntos. Estando el 56.52% desaprobados, con una nota menor a 11 puntos.

TABLA 2

Características Demográficas de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud
San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	n (%)
Promedio de Edad (M±DS)	50.08±11.86
< 50 años	44 (38.26)
>=50 años	71 (61.74)
Sexo	
Femenino	107 (93.04)
Masculino	8 (6.96)
Grado de instrucción	
Primaria	9 (7.83)
Secundaria	56 (48.70)
Técnico	36 (31.30)
Superior	14 (12.17)
Estado Civil	
Casado	42 (36.52)
Soltero	37 (32.17)
Conviviente	25 (21.74)
Viudo	6 (5.22)
Divorciado	5 (4.35)
Empleo	
No	39 (33.91)
Si	76 (66.09)
Tipo de empleo	
Empleo fijo	4 (5.26)
Empleo eventual	72 (94.74)
Ama de casa	
No	19 (16.52)
Si	96 (83.48)

M=Media DS= Desviación estándar

En la tabla 2 se puede apreciar que el promedio de la edad en los 115 agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo encuestados es de 50.08±11.86 años de edad.

Con respecto al sexo de los agentes comunitarios, el 93.04% pertenecen al sexo femenino, siendo los de sexo masculino el 6.96% del total.

Se observa que el grado de instrucción más frecuente de los agentes comunitarios del estudio, es el de secundaria con el 48.7%, seguido de técnico con 31.30%, y el de superior con 12.17%. Presentando solo un 7.83% de los agentes un grado de instrucción primaria.

En la tabla también se puede apreciar que un 36.52% de agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo tienen un estado civil casados de 36.52%, seguido de los solteros con un 32.17%, luego el estado civil conviviente con un 21.74%. Con un mínimo de viudos y divorciados. Con respecto al empleo se aprecia que el 66.09% tiene empleo, de las cuales el 94.74% presenta un empleo eventual.

Por último, podemos apreciar que el 83.48% de los agentes comunitarios son amas de casa.

TABLA 3

Características Sociales de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	n (%)
Mediana de años de permanencia como agente comunitario (Me±DIQ)	8±6
Hasta 3 años	18 (15.65)
4 - 10 años	51 (44.35)
Más de 10 años	46 (40.00)
Acreditados	
No	26 (22.61)
Si	89 (77.39)
Año de acreditación	
1986 – 2000	10 (11.24)
2000 – 2009	33 (37.08)
2010 – 2015	46 (51.69)
Forma de elección de agente comunitario	
Elegido por asistenta social	26 (22.61)
Elegido por algún personal del ES	16 (13.91)
Usted sólo se acercó al ES	54 (46.96)
Lo eligió la comunidad en asamblea	15 (13.04)
Lo eligió un dirigente	4 (3.48)
Mediana de N° de capacitaciones al año (Me±DIQ)	6±2
< 6 capacitaciones anuales	30 (26.09)
>= 6 capacitaciones anuales	85 (73.91)

Me=Mediana DIQ= Desviación intercuartílica

En la tabla 3 se puede apreciar que de los 115 agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo encuestados, el 50% presenta menos de 8±6 años de permanencia como agente comunitario. Siendo el período de 4 a 10 años de permanencia el de más porcentaje, con un 44.35%, seguidos muy de cerca por el período de permanencia de más de 10 años con un 40%.

Asimismo, podemos observar que el 77.39% de los agentes comunitarios está acreditado, de ellos el 51.69% se acreditó entre los años 2010 al 2015, seguidos de los acreditados entre los años 2000 al 2009 en un 37.08%.

La mayoría de los agentes comunitarios (46.96%) se acercaron de manera voluntaria al establecimiento de salud (ES). Y sólo a un 13.04% lo eligió la comunidad en asamblea.

En cuanto a las capacitaciones que reciben aproximadamente en un año dio como resultado, según se observa en la tabla, que el 73.91% de los agentes comunitarios recibió 6 o más capacitaciones aproximadamente al año.

TABLA 4

Dimensiones de la Motivación Extrínseca de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	n (%)
Mejora el currículo	
Bajo	26(22.61)
Moderado	65(56.52)
Alto	24(20.87)
Conocimiento	
Bajo	25(21.74)
Moderado	69(60.00)
Alto	21(18.26)
Relaciones sociales	
Bajo	27(23.48)
Moderado	67(58.26)
Alto	21(18.26)
Incentivos	
Bajo	28(24.35)
Moderado	62(53.91)
Alto	25(21.74)

En la tabla 4 con respecto a las orientaciones motivacionales de los agentes comunitarios de la Red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo, se observa que todas las dimensiones de la motivación extrínseca obtuvieron el mayor puntaje en su nivel moderado. Así, en la motivación mejora del currículo el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel moderado con un 56.52%, en la motivación conocimiento el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel moderado con un 60%, en la motivación Relaciones Sociales el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel moderado con un 58.26%, en la motivación Incentivos el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel moderado con un 53.91 %.

TABLA 5

Dimensiones de la Motivación Intrínseca – Trascendente de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	n (%)
Valores	
Bajo	26(22.61)
Moderado	64(55.65)
Alto	25(21.74)
Mejora del estado de ánimo	
Bajo	28(24.35)
Moderado	61(53.04)
Alto	26(22.61)
Defensa del yo	
Bajo	26(22.61)
Moderado	63(54.78)
Alto	26(22.61)

En la tabla 5, con respecto a la motivación intrínseca-trascendente de los agentes comunitarios de la Red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo, se observa que el nivel moderado es el que obtuvo el mayor porcentaje en todas las dimensiones. Así en la motivación valores el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel moderado con un 55.65 %, seguida de la motivación defensa del yo cuyo mayor porcentaje lo obtuvo el nivel moderado con un 54.78% y por último la motivación mejora del estado de ánimo con un porcentaje en el nivel moderado con un 53.04 %.

TABLA 6

Motivación Extrínseca e Intrínseca-Trascendente de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	n (%)
Motivación extrínseca	
Bajo	27(23.48)
Moderado	60(52.17)
Alto	28(24.35)
Motivación intrínseca-trascendente	
Bajo	26(22.61)
Moderado	64(55.65)
Alto	25(21.74)

En la tabla 6 se puede apreciar el predominio del nivel moderado en ambas motivaciones. Siendo la motivación intrínseca – trascendente levemente mayor con un 55.65% en su nivel moderado que la motivación extrínseca con un 52.17% en su nivel moderado.

TABLA 7

Características Demográficas y Test de Conocimientos de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	RESULTADO DEL TEST				p-valor
	Desaprobado		Aprobado		
	n	%	n	%	
Edad					0.736*
< 50 años	24	54.55	20	45.45	
>=50 años	41	57.75	30	42.25	
Sexo					
Femenino	58	54.21	49	45.79	0.135+
Masculino	7	87.50	1	12.50	
Grado de instrucción					
Primaria	6	66.67	3	33.33	0.131*
Secundaria	32	57.14	24	42.86	
Técnico	23	63.89	13	36.11	
Superior	4	28.57	10	71.43	
Estado Civil					0.936+
Casado	25	59.52	17	40.48	
Soltero	21	56.76	16	43.24	
Conviviente	14	56.00	11	44.00	
Viudo	3	50.00	3	50.00	
Divorciado	2	40.00	3	60.00	
Empleo					0.116+
No	26	66.67	13	33.33	
Si	39	51.32	37	48.68	
Ama de casa					0.523*
No	12	63.16	7	36.84	
Si	53	55.21	43	44.79	

* Chi Cuadrado +Prueba Exacta de Fisher

En la tabla 7 con respecto a la variable edad, se dicotomizó la misma en menores de 50 años y mayores o igual a 50 años. Al relacionarla con los resultados del test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios se encontró que en ambos grupos el porcentaje de aprobados y desaprobados era casi similar siendo levemente mayor el número de aprobados en los menores de 50 años con 45.45% contra un 42.25% en los mayores de 50 años. Al realizar la relación estadística de ambas variables a través de la prueba de chi cuadrado, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.736$).

Con respecto a la variable género, cuando se relacionó con los resultados del test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios se encontró que el 45.79% de los agentes comunitarios de sexo femenino habían aprobado el test frente a un 12.50 % de aprobados que presentó el sexo masculino, pero al realizar la asociación estadística a través de la prueba de Fisher, se obtuvo un valor de $p=0.135$, no encontrándose asociación estadística significativa entre la variable sexo y resultado del test de conocimientos. ($P>0.05$)

En cuanto al grado de instrucción al relacionarlo con los resultados del test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios fueron los de nivel superior los que obtuvieron el mayor porcentaje de aprobados (71.43%), siendo los de educación primaria, secundaria y nivel técnico con mayor porcentaje de desaprobados. Pero al realizar la prueba de chi cuadrado se halló un valor de $p=0.131$, no habiendo relación estadísticamente significativa.

El variable estado civil se relacionó también con el test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios, siendo el grupo de los divorciados los que obtuvieron un mayor porcentaje de aprobados con un 60%, estando los casados, convivientes, solteros con mayor porcentaje de desaprobados. Los viudos obtuvieron un resultado igual entre aprobados y desaprobados. Para el estudio de estas variables cualitativas se utilizó la prueba exacta de Fisher encontrándose un $p > 0.05$, no siendo estadísticamente significativa. ($p=0.936$).

La situación laboral (Empleo) de los agentes comunitarios fue otra de las variables sociodemográficas que se asoció al test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios, de esta manera se determinó que los que tienen empleo presentan un mayor número de aprobados (48.68%), en contraste con los que no tienen empleo que presentan un mayor número de desaprobados

(66.67%). Pero no se obtuvo significancia estadística al relacionar ambas variables $p=0.116$.

Asimismo, se relacionó otra de las variables estudiadas como es la condición de ama de casa con el test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios, obteniendo como resultado que los agentes comunitarios que cumplen una función en sus hogares de amas de casa obtuvieron un mayor porcentaje de aprobados con un 44.79%, en relación a los que no realizan esta función, los cuales aprobaron solo el 36.84%. No existiendo relación estadísticamente significativa al realizar la prueba de chi cuadrado. (Valor de $p=0.523$).

TABLA 8

Características Sociales y los Resultados del Test de Conocimientos de los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	RESULTADO DE TEST				p-valor
	Desaprobado		Aprobado		
	n	%	n	%	
Tiempo como agente comunitario					0.113*
Hasta 3 años	10	55.56	8	44.44	
4 - 10 años	34	66.67	17	33.33	
Más de 10 años	21	45.65	25	54.35	
Acreditados					0.017*
No	20	76.92	6	23.08	
Si	45	50.56	44	49.44	
Forma de elección de AC					0.198+
Elegido por asistente social	14	53.85	12	46.15	
Elegido por algún personal del ES	12	75.00	4	25.00	
Usted sólo se acercó al ES	31	57.41	23	42.59	
Lo eligió la comunidad en asamblea	5	33.33	10	66.67	
Lo eligió un dirigente	3	75.00	1	25.00	

* Chi Cuadrado +Prueba Exacta de Fisher

En la tabla 8 se puede apreciar que respecto al tiempo como agente comunitario y el resultado del test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios fueron los agentes comunitarios que tienen más de 10 años de permanencia los que tienen mayor porcentaje de aprobados (54.35 %) comparado a los grupos de 4-10 años y de hasta 3 años de permanencia. Cuando se realizó la prueba de chi cuadrado se obtuvo que no existía asociación estadística significativa ($p=0.113$).

Otra característica de los agentes comunitarios de la Red San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo que se puede apreciar en la tabla fue su condición de acreditación, la cual también se relacionó con el test de conocimientos aplicados a los agentes comunitarios, encontrándose que los agentes comunitarios que si tienen acreditación fueron los que más aprobaron con un 49.44%, en contraste con los que no estaban acreditados que solo aprobaron en un 23.08%, al

relacionar dichas variables con la prueba de chi cuadrado se encontró un valor de $p=0.017$, encontrándose relación estadísticamente significativa.

Por último, al relacionar la variable forma de elección del agente comunitario con el resultado del test de conocimientos, se encontró que los que refieren fueron elegidos por la comunidad en asamblea obtuvieron el mayor porcentaje de aprobados con un 66.67%, frente a las otras modalidades de elección, las cuales fueron en su mayoría desaprobados. Al realizar la prueba exacta de Fisher se encontró un valor de $p=0.198$, no habiendo entonces relación significativa.

Existe relación estadísticamente significativa de la acreditación del agente comunitario y resultado de test de conocimiento ($p<0.05$); mientras que las demás variables no presentan asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$).

TABLA 9

Dimensiones de la Motivación Extrínseca y Test de Conocimientos en los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	Desaprobado		Aprobado		p-valor
	n	%	n	%	
Mejora el currículo					0.177*
Bajo	18	69.23	8	30.77	
Moderado	32	49.23	33	50.77	
Alto	15	62.50	9	37.50	
Conocimiento					0.184*
Bajo	18	72.00	7	28.00	
Moderado	35	50.72	34	49.28	
Alto	12	57.14	9	42.86	
Relaciones sociales					0.963*
Bajo	16	59.26	11	40.74	
Moderado	37	55.22	30	44.78	
Alto	12	57.14	9	42.86	
Incentivos					0.742*
Bajo	17	60.71	11	39.29	
Moderado	33	53.23	29	46.77	
Alto	15	60.00	10	40.00	

* Chi Cuadrado

En la tabla 9 se puede apreciar que Los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Mejora del currículo en nivel moderado fueron los que más aprobaron en un 50.77% el test de conocimientos, seguidos por los del nivel alto que aprobaron en un 37.50% y por último los de nivel bajo que aprobó solo el 30.77 %; al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0.177$. No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

Los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Conocimiento en nivel moderado fueron los que más aprobaron en un 49.28% el test de conocimientos, seguidos por los del nivel alto que aprobaron en un 42.86% y por último los de nivel bajo que aprobó solo el 28 %; al realizar el análisis estadístico bivariado se obtuvo un valor de $p=0.184$. No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

Los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Relaciones Sociales en nivel moderado fueron los que más aprobaron en un 44.78% el test de conocimientos, seguidos por los del nivel alto que aprobaron

en un 42.86% y por último los de nivel bajo que aprobó solo el 40.74 %; al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0.963$ No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

Los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Incentivos en nivel moderado fueron los que más aprobaron en un 46.77% el test de conocimientos, seguidos por los del nivel alto que aprobaron en un 40% y por último los de nivel bajo que aprobó solo el 39.29 %; al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0.742$. No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

TABLA 10

Dimensiones de la Motivación Intrínseca- Trascendente y Test de Conocimientos en los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	RESULTADO DEL TEST				p-valor
	Desaprobado		Aprobado		
	n	%	n	%	
Valores					0.191*
Bajo	18	69.23	8	30.77	
Moderado	36	56.25	28	43.75	
Alto	11	44.00	14	56.00	
Mejora del estado de ánimo					0.864*
Bajo	17	60.71	11	39.29	
Moderado	34	55.74	27	44.26	
Alto	14	53.85	12	46.15	
Defensa del yo					0.188*
Bajo	16	61.54	10	38.46	
Moderado	31	49.21	32	50.79	
Alto	18	69.23	8	30.77	

* Chi Cuadrado

En la tabla 10 se puede apreciar que los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Valores en nivel alto fueron los que más aprobaron el test de conocimientos en un 56 %, seguidos por los del nivel moderado que aprobaron en un 43.75 % y por último los de nivel bajo que aprobó solo el 30.77%; al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0.191$. No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

Los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Mejora del estado de ánimo en nivel alto fueron los que más aprobaron el test de conocimientos en un 46.15 %, seguidos por los del nivel moderado que aprobaron en un 44.26 % y por último los de nivel bajo que aprobó solo

el 39.29 %; al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0.864$. No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

Los agentes comunitarios que presentaron la orientación motivacional Defensa del yo en nivel moderado fueron los que más aprobaron el test de conocimientos en un 50.79 %, seguidos por los del nivel bajo que aprobaron en un 38.46 % y por último los de nivel alto que aprobó solo el 30.77 %; al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p=0.188$. No encontrándose relación entre estas variables estadísticamente significativa.

TABLA 11

Tipos de Motivación y Test de Conocimientos en los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	RESULTADO DE TEST				p-valor
	Desaprobado		Aprobado		
	n	%	n	%	
Motivación extrínseca					0.249*
Bajo	19	70.37	8	29.63	
Moderado	31	51.67	29	48.33	
Alto	15	53.57	13	46.43	
Motivación intrínseca-trascendente					0.285*
Bajo	17	65.38	9	34.62	
Moderado	32	50.00	32	50.00	
Alto	16	64.00	9	36.00	

* Chi Cuadrado

En la tabla 11 se observa que fueron los que tuvieron un nivel moderado en la motivación intrínseca-trascendente los que obtuvieron el porcentaje más alto de aprobados con un 50% seguido de la motivación extrínseca también en su nivel moderado con un 48.33%.

No existe relación estadísticamente significativa entre motivación (tanto extrínseca e intrínseca-trascendente) y resultado de test de conocimiento ($p > 0.05$).

TABLA 12

Factores Relaciones al Test de Conocimientos en los Agentes Comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo. Lima. 2015

	OR Crudo	p-valor	IC 95%		OR Ajustado*	p-valor	IC 95%	
Edad	0.89	0.737	0.41	1.87	0.45	0.212	0.13	1.57
Sexo	0.17	0.102	0.02	1.42	0.03	0.059	0.001	1.14
Grado de Instrucción								
Primaria	(Ref)							
Secundaria	1.5	0.592	0.34	6.61	0.48	0.513	0.05	4.45
Técnico	1.13	0.876	0.24	5.29	0.25	0.269	0.02	2.93
Superior	5	0.081	0.82	30.46	5.94	0.215	0.36	99.21
Estado Civil	1.01	0.972	0.46	2.23	0.41	0.119	0.14	1.26
Empleo	1.9	0.118	0.85	4.24	3.76	0.024	1.19	11.89
Ama de Casa	1.39	0.52	0.5	3.83	1.63	0.588	0.28	9.68
Años como AC								
Hasta 3 años	(Ref)				(Ref)			
4-10 años	0.63	0.401	0.21	1.87	0.16	0.035	0.03	0.88
Más de 10 años	1.49	0.477	0.49	4.45	0.36	0.299	0.05	2.49
Acreditado	3.26	0.021	1.2	8.88	4.68	0.039	1.08	20.17
Forma de elección AC								
Profesional ES	0.83	0.656	0.36	1.89	0.75	0.644	0.23	2.51
Voluntariamente	(Ref)				(Ref)			
Dirigente	1.85	0.253	0.64	5.34	1.91	0.402	0.42	8.70
Capacitaciones	4.29	0.004	1.59	11.56	5.48	0.015	1.39	21.53
Motivación Extrínseca								
Bajo	(Ref)				(Ref)			
Moderado	2.22	0.106	0.84	5.85	5.07	0.022	1.27	20.26
Alto	2.06	0.203	0.68	6.25	9.61	0.024	1.34	68.82
Motivación Intrínseca-trascendente								
Bajo	(Ref)				(Ref)			
Moderado	1.89	0.187	0.73	4.86	1.20	0.828	0.24	6.04
Alto	1.06	0.918	0.34	3.35	0.39	0.391	0.05	3.31

* Modelo logístico múltiple donde se considera como covariables edad (compara agentes ≥ 50 años con respecto a agentes menores de 50 años), sexo (compara varones con respecto a mujeres), grado de instrucción (como grupo referente grado de instrucción primaria), estado civil (compara el grupo de casados, conviviente, viudo y divorciado con respecto a los solteros), empleo (compara los agentes con empleo con respecto a los que no tienen empleo), ama de casa (compara el grupo de agentes que son ama de casa con respecto a los que no son ama de casa), años como agente comunitario (como grupo referente hasta 3 años como agente

comunitario), acreditado (compara el grupo de AC acreditados con respecto a los no acreditados), forma de elección del AC (como grupo referente voluntario), capacitaciones (compara el grupo de agentes con 6 o más capacitaciones al año con respecto a los agentes con menos de 6 capacitaciones anuales), motivación extrínseca (como grupo referente nivel bajo), motivación intrínseca (como grupo referente nivel bajo).

En la tabla 12 se aprecia que al relacionar la variable Empleo con los resultados del test de conocimiento en los agentes comunitarios se encontró un OR crudo de 1.9, un valor de $p=0.118$ con un IC 95% de 0.85; 4.24, no encontrándose relación estadísticamente significativa, pero al obtener el OR ajustado se obtuvo un valor 3.76 con un valor de $p= 0.024$ con un IC 95% de 1.19; 11.89, encontrándose una relación estadísticamente significativa.

Para la variable “años de permanencia como agente comunitario” y el “resultado del test de conocimientos en los agentes comunitarios” de la Red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo se encontró un OR crudo de 0.63 con un valor de $p= 0.401$ con un IC 95% (0.21; 1.87) relación que no se considera estadísticamente significativa. El resultado del OR ajustado fue de 0.16 con un valor de $p= 0.03$ y un IC 95% de 0.03; 0.88, mientras las demás covariables se encuentran constantes, encontrándose relación estadísticamente significativa.

Al emplear el modelo logístico simple y el modelo logístico múltiple en la relación de las variables acreditado y el resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios se obtuvo un OR ajustado de 4.68 con un valor de $p= 0.039$ y un IC 95% de 1.08; 20.17, mientras las demás covariables se encuentran constantes. Existiendo relación estadísticamente significativa en ambos casos.

Al relacionar la variable “número de capacitaciones recibidas aproximadamente durante un año” con el “resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios” de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, se encontró un OR ajustado de 5.48 con un valor de $p= 0.015$ con un IC 95% de 1.39; 21.53, encontrándose relación estadísticamente significativa.

Al relacionar la variable “motivación extrínseca moderada” al “resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios”, mientras las demás covariables se mantienen constantes (OR ajustado), se obtuvo un valor de $p = 0.022$ con un IC 95% de 1.2; 20.26, encontrándose relación estadísticamente significativa.

Asimismo, al relacionar la variable “motivación extrínseca alta” con “el resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios”, mientras las demás

covariables se mantienen constantes (OR ajustado), se obtuvo un valor de $p=0.024$ con un IC 95% de 1.34; 68.82, lo que implica una relación estadísticamente significativa.

4.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En cuanto al análisis de los resultados de la presente investigación, es importante señalar que se ha realizado en el marco del escaso conocimiento que se tiene en cuanto a agentes comunitarios en nuestro país ya que al término de la revisión bibliográfica y análisis de datos se encontraron pocos estudios en el país en relación a este voluntariado en salud. Las pocas investigaciones existentes han sido realizadas en Estados Unidos o España por lo cual existen diferencias esperables entre las poblaciones estudiadas. Por esta razón esta investigación permite cumplir en este sentido con el conocimiento existente de manera general y aportar nuevos conocimientos en relación a este tipo de voluntariado:

Al analizar cada uno de los caracteres sociodemográficos en los agentes comunitarios se encontró que los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo tienen un promedio de edad de 50 años, oscilando las edades entre 18 a 77 años, siendo un grupo muy heterogéneo en este sentido. El hecho de que existan este grupo diverso nos hace pensar que la edad no es un obstáculo y que además de atender sus obligaciones, ellos pueden dedicar su tiempo a favor de los más desfavorecidos. Además, según refiere Montero García⁴⁷, el tener mayor proporción de agentes mayores de 50 años es importante pues las personas mayores voluntarias se comprometen mucho más que otros grupos de edad. Korotky, S.⁴⁸ en su trabajo sobre la promoción del voluntariado en las personas mayores concluye que se espera que durante los próximos años se produzca un aumento de la participación de las personas mayores como voluntarias, pues refiere que son un grupo importante de la población que ya no tienen los problemas de salud de antes, que se encuentran marginados socialmente y que sin embargo tienen una gran cantidad de tiempo libre por ocupar.

Además, como dice Meléndez⁴⁹, se ha demostrado que, increíblemente, el adecuado empleo del ocio de las personas mayores tiene mayor influencia sobre

la percepción de satisfacción en la vida que otros factores como salud, trabajo, ingreso o educación. En cambio, la presencia de jóvenes en el voluntariado en general se ha relacionado como percibido por las mismas como un tiempo de espera, es decir deciden ocupar su tiempo “en algo” al haber concluido sus estudios, mientras encuentran un empleo a la vez que están adquiriendo experiencia y aprendiendo.

Todas las estadísticas muestran una mayor participación cuantitativa de mujeres que de hombres en el voluntariado. Este trabajo no es la excepción, al analizar la variable género en los agentes comunitarios de la Red SJM- VMT se encontró un altísimo porcentaje de agentes del sexo femenino, en contraposición con los del sexo masculino. El predominio de las mujeres en los participantes del presente estudio es coherente con el predominio de las mujeres en el voluntariado según el aporte de estudios realizados por autores como Chacón et. al.⁵⁰ y el informe de plataforma para la promoción del voluntariado en España⁵¹, los cuales mencionan que las causas por las que las mujeres se comprometen pueden ser varias: mayor sensibilidad, vivir más que los hombres en tramos avanzados de edad, y tal vez también por el tipo de educación que reciben más orientada hacia la ayuda y el servicio a otros. Además, las mujeres tienden a participar en tipos de voluntariado distinto al de los hombres, según Eagly y Cowley⁵², al realizar un análisis entre las diferencias de varones y mujeres en conductas de ayuda partiendo de la “teoría del rol social de género”, establecen que el rol del género masculino, los lleva a involucrarse en situaciones de emergencia lo que si bien brinda protección a los más vulnerables (ancianos, niños, mujeres), implican un también un riesgo para el que las realiza. Diferente al rol del género femenino, que se inclinan a las conductas de cuidado y protección, como lo menciona también Dávila⁵³.

En la presente investigación se analizó asimismo el nivel educativo de los agentes comunitarios, por considerar que una instrucción previa facilita el aprendizaje, llamando la atención, por las condiciones sociodemográficas de la zona, que un bajísimo porcentaje de los encuestados tiene solo primaria, siendo los que predominan los de nivel secundario, seguidos del nivel técnico y superior. Siendo este hecho importante pues esto quiere decir que se cuenta con un gran potencial humano, y que bien dirigidos podrían lograr aprendizajes fácilmente. Es importante destacar que estos resultados coinciden con los estudios de

Wilson y Musick ⁵⁴, además de otros como, Hettman y Jenkin ⁵⁵, donde refieren que los voluntarios en general presentan una educación superior. Esto se explicaría porque la educación inclina a las personas hacia el voluntariado, ya que, según refiere Smith ⁵⁶, son las personas con mayor nivel educativo las que generalmente desean ser voluntarias. Asimismo, es importante tener en cuenta, como lo menciona Verba et. al. ⁵⁷, que son esas mismas personas las que, además, desarrollan una sensibilidad cívica responsable, por lo que se incrementa su posible participación en el voluntariado.

El estudiar la variable “empleo” en los agentes comunitarios, nos permitió conocer si su papel de voluntarios en salud impedía que puedan contar con un trabajo por el tiempo de demanda en las actividades que realizan, pero la investigación mostró que más de la mitad de los encuestados tiene empleo. Lo que también resultó sorprendente pues quiere decir que los agentes comunitarios adaptan sus tiempos a su labor de voluntariado, lo cual no resultaría un impedimento a la hora de aceptarlos como voluntarios. Además, esta variable, que tiene que ver con los ingresos económicos es importante porque determina la permanencia de los voluntarios en la organización, según estudios encontrados. Que más adelante revisaremos.

El tiempo que destina un agente a sus actividades y/o el concurrir a las capacitaciones es un tiempo que depende de sus responsabilidades en el hogar, por lo que se creyó conveniente conocer cuántos de ellos serían amas de casa considerando como “ama de casa” la actividades que una persona realiza en las tareas del hogar; al ser analizada esta variable dio como resultado que es muy alta esta actividad en los agentes del estudio, por lo que podemos decir que esta condición no sería un impedimento para el voluntariado.

Se espera que cuantos más años tiene una persona en la misma actividad más conozca de la misma, sus conocimientos se afianzan, razón por la cual se decidió conocer cuál era este tiempo en nuestros agentes comunitarios encontrándose que, si bien el grupo con un porcentaje mayor está comprendido entre los “4 a 10 años”, no hay mucha diferencia con el grupo de “más de 10 años” de permanencia. Lo que quiere decir que el hecho de ser agentes comunitarios podría llenar sus expectativas y los podría llenar de satisfacciones, lo cual hace que ellos permanezcan por un tiempo relativamente prolongado. Clary y Snyder

⁵⁸ argumentan que en general las personas deciden ser voluntarias teniendo en cuenta sus necesidades de nivel superior pues les brinda satisfacción laboral. Con respecto al hecho de haber pocos agentes comunitarios nuevos, estaría mostrando que en los últimos años se ha promovido poco este voluntariado en la Red de salud o tal vez que ha habido una alta deserción de los nuevos ingresantes, siendo importante su análisis en otro trabajo.

El Ministerio de Salud establece que los agentes comunitarios sean acreditados por las Redes de salud y/o sus establecimientos de salud o Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) lo cual garantiza que han logrado los estándares de criterios y mínimas exigencias en su aprendizaje, por lo que resultaba importante medir esta variable en nuestro trabajo de investigación, encontrándose que un gran porcentaje de los agentes comunitarios encuestados se encuentra debidamente acreditado por sus entidades correspondientes.

De la misma manera se quiso conocer el “año en que se habían acreditado”, habiéndose acreditado la mayoría de los encuestados entre los años 2010 al 2015. Lo que podría implicar que hay una mayor exigencia por los establecimientos de salud en los últimos años.

Buscando su rol de liderazgo, de identificación con su comunidad y eficacia en su quehacer es que se establece por el Ministerio de Salud que el agente comunitario sea elegido por su organización comunal en asamblea o ser designado por la organización social de base a la que pertenece, pues la población los percibe como personas que comparten vivencialmente sus mismos problemas. En la variable de estudio “como se convirtió en agente comunitario” sólo un pequeño porcentaje presenta esta condición (elegido por la comunidad en asamblea), siendo el rubro “usted solo se acercó al establecimiento de salud” el que obtuvo un gran porcentaje, casi la mitad, seguido de lejos por el “elegido por la asistente social”, lo cual se explica dado el trabajo directo de la asistente social con la población. Pero estos resultados indicarían que no se está cumpliendo lo establecido por el Ministerio de Salud en cuanto a la forma de elección del agente comunitario, sería conveniente evaluar el grado de liderazgo y representatividad que tienen los agentes comunitarios en sus comunidades, pero no es el objetivo de este trabajo.

Otra de las variables que se evaluó en el estudio, fue la “cantidad de capacitaciones aproximadas durante un año” que reciben los agentes comunitarios, dato importante pues sin estas no se generará las consecuencias esperadas en ellos. No existe un número óptimo que el Ministerio de Salud considere y tampoco existe un plan con las cantidades de capacitaciones que deberían tener los agentes comunitarios. En nuestra investigación se encontró que un alto porcentaje recibe de 6 a más capacitaciones al año. La formación de los agentes es un factor que depende directamente de la gestión del voluntariado que realice cada establecimiento, que recae generalmente sobre la asistente social, por lo que las capacitaciones van a depender en mayor o menor medida del grado de compromiso de este profesional y del apoyo con el que cuente. En la investigación de Bennett, Ross y Sunderland ⁵⁹ se determinó que la ausencia de capacitaciones por la organización los lleva a abandonarla. Keith ⁶⁰ concluyó que la formación de los voluntarios los hace más eficaces. Otros estudios muestran que tanto el apoyo como el entrenamiento mantienen la motivación de los voluntarios (Beugen ⁶¹ Breaux ⁶²; Danoff y Kopel ⁶³). Por lo que capacitarlos no solo implica el logro de los aprendizajes sino también interviene en sus motivaciones y su sensación de valía.

El estado civil de los agentes comunitarios, estaría dado en su mayoría por los casados con un alto porcentaje, junto con los convivientes, dato importante pues como se señala en el perfil del voluntariado de España⁶⁴, existen ciertas características que se asocian a las actividades de voluntariado como es estar casado. Igualmente, Wright y Hymam ⁶⁵, al respecto refieren que son las personas casadas las que más probablemente sean miembros de organizaciones de voluntarios y que esa condición los hace permanecer en ella por más tiempo que las personas solteras. Otros autores también coinciden en que las personas casadas tienen una mayor probabilidad de participar ⁶⁶.

Con respecto a las “orientaciones motivacionales” de los agentes comunitarios, si comparamos todos los resultados moderados de las motivaciones mencionadas, podemos considerar que la razón que más peso han tenido los agentes comunitarios de la Red San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo a la hora de hacerse voluntarios ha sido la motivación del voluntariado orientada al “conocimiento”, esto podría deberse al estrato socioeconómico de la zona, los cuales a pesar de que un alto porcentaje tiene estudios con nivel secundaria, tal vez ven en el voluntariado una oportunidad para seguir aprendiendo, para poder mejorar su experiencia o poder concretar algún sueño no realizado en cuanto a estudios se refiere, toda vez que cuanto mayor es el nivel de estudios de una persona mayor es su aspiración, pues el nivel de estudios lleva a la búsqueda de un desarrollo personal (Omoto y Snyder ⁶⁷) entonces el ser agente comunitario contribuiría a que el individuo satisfaga esta necesidad.

La segunda orientación motivacional de los agentes comunitarios de salud que se encontró en la investigación fue la de “Relaciones Personales”, lo que podría estar dado por la percepción que tienen de que este voluntariado les permitirá conocer gente que les pueda brindar oportunidades laborales y de esta manera mejorar su nivel de vida, o por el simple hecho de socializar, de tratar con diferentes personas distintas a la de su entorno más cercano, o tal vez por desconectarse de otras actividades (la casa, los hijos, el trabajo).

Como tercera motivación se halló que fue la motivación de “Mejora del Currículo” las que también influyó en ellos para hacerse voluntarios lo que estaría denotando su necesidad de tener experiencias que los ayuden en un futuro a obtener alguna oportunidad laboral, es valorable en el campo laboral la experiencia que haya adquirido la persona a lo largo de los años en determinada área, realizar este tipo de voluntariado los ayudaría en este aspecto.

Todas estas motivaciones que denotan un interés personal se mezclan con la motivación orientada a valores, que es mencionada en cuarto lugar, lo que quiere decir que esta no es una motivación prioritaria en el grupo de agentes comunitarios encuestados, que cuando deciden hacerse voluntarios no es el querer ayudar a los demás lo que los mueve en primera instancia, lo que coincidiría con la opinión de Urrutia⁶⁸: “el altruismo y el voluntariado no pueden

restringirse al deseo de ayudar a los demás sin esperar nada a cambio”, y de la ONU⁶⁹, quien definió el servicio del voluntario como “una acción que se realiza libremente y sin coacción en beneficio tanto de la comunidad como del voluntariado, por razones que no son el beneficio económico”.

Se observó también que la motivación “incentivos” fue de la motivación extrínseca la menos mencionada y por debajo de la motivación valores, lo que podría implicar que a la hora de hacerse voluntarios lejos de lo que se pensó este no es su móvil principal, sino más bien es un beneficio que no deja de ser valorado, pero no lo atribuyen mayoritariamente como motor de su actividad como agentes comunitarios.

En penúltimo y último lugar, respectivamente, se encuentran las motivaciones “Defensa del Yo”, y “Mejora del Estado de ánimo”, lo cual refleja que no es la búsqueda de mejorar su autoestima, o el deseo o la necesidad de sentirse importantes o el sentirse frágiles en sus vidas lo que los motiva en su mayoría a pertenecer al grupo de agentes comunitarios, no siendo en general una motivación aparentemente importante para ellos según se observó.

Entonces a la luz de los resultados podemos decir que nuestros agentes comunitarios se han hecho voluntarios por varios motivos. Según la Teoría Funcional de las motivaciones una conducta puede cumplir distintas funciones o sea una misma tarea puede ser realizada por distintas personas y cada una la realiza por motivaciones diferentes y es entonces que también el voluntariado se puede deber a motivos muy diversos. Como menciona Barberá y Molero⁷⁰, los motivos para el voluntariado son muchos y muy variados, por lo que definen a la motivación como un proceso “multivariado”. Marta, Guglielmetti y Pozzi ⁶⁹, también llegaron a la misma conclusión diciendo que los motivos dependen de las funciones psicológicas que cada persona quiera satisfacer y pueden depender también del tipo de trabajo que realice. También Clary, Snyder et. al.⁷², señalan las diferentes motivaciones individuales que existen para ayudar, sosteniendo que ser voluntario permite a las personas satisfacer diferentes motivaciones que se presentan en distintos momentos. En un estudio realizado por Omoto y Snyder⁶⁷, los resultados arrojaron que lo que motivaron a las personas del estudio para ser voluntarios no eran valores de tipo humanitarios,

sino la oportunidad de satisfacer funciones psicológicas externas (como búsqueda de conocimientos o desarrollo de habilidades personales). Refiriendo que resultaron ser los voluntarios con una motivación externa, los que podrían brindar mayores beneficios a la organización ya que estos voluntarios son los que permanecen activos por mucho más tiempo. En una muestra de estudiantes de trabajo social, Yubero⁷³, señaló que en cuanto a los motivos que llevaron a las personas de su estudio a realizar el voluntariado fueron los de responsabilidad social, seguida de los deseos de vivir experiencias nuevas y las experiencias pre profesionales los que los motivaron, quedando en último lugar los valores y convicciones religiosas.

Bajo estos sustentos y con los resultados obtenidos podemos decir que los diferentes motivos están presentes en mayor o menor grado en los agentes comunitarios de nuestro estudio. Además, apoyados en Batson⁷⁴, que ha incidido en la motivación como criterio para definir la conducta altruista, y recalca “que la motivación para ayudar puede ser compleja, que puede incluir tanto elementos altruistas como elementos egoístas, que no tiene por qué tener un solo componente porque es el fin, no la conducta en sí lo que distingue un acto altruista”, en Chacón y vecina⁷⁵, quienes refieren que muchas investigaciones indican una misma importancia tanto a las motivaciones internas y las motivaciones externas por parte de los voluntarios y en Soler Javaloy³⁵ quien dice que existen motivos mixtos y que los tipos puros en la realidad no se dan , podemos decir, que el perfil del agente comunitario de la Red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo es el perfil del voluntario “realista”, utilizando el término de Chacón, Pérez y Vecina⁷⁶: voluntarios que afirman realizar su actividad por motivos intrínsecos, pero que también reconocen todo lo que esta actividad les puede aportar.

En diversos artículos de Aranguren⁷⁷, donde revisa las diferentes culturas contemporáneas del voluntariado propone una definición de voluntariado que bien podríamos aplicarla: “ser voluntario es la cualidad que se predica de la persona que decide de forma libre, por principios altruistas y solidarios con motivaciones diversas, actuar de forma organizada, sin recompensa externa, en situaciones de interés general con el objetivo de beneficiar efectivamente a otros, directa o indirectamente”.

La Organización de la Naciones Unidas (2001) también se manifiesta diciendo que el “voluntariado trae beneficios como su repercusión en la cohesión social, una relevante contribución económica, la satisfacción de los voluntarios al ampliar sus redes y nexos sociales y el impulso al intercambio de conocimientos y destrezas que amplían sus posibilidades de empleo. Por lo tanto, el voluntariado no es tanto un servicio altruista como recíproco, pues todos salen beneficiados”.

Asociación de variables

Al realizar el análisis de los resultados de la asociación entre las características sociodemográficas y los resultados del test de conocimientos de los agentes comunitarios no se encontró relación estadísticamente significativa, es decir el hecho de tener una determinada edad, ser de un determinado género, o el grado de instrucción o tener un específico estado civil, o el ser ama de casa o la forma como se eligió el agente comunitario, parece no condicionar un determinado resultado en el test de conocimientos en los sujetos de estudio.

De otro lado, se puede apreciar que en lo que respecta a la asociación de la condición de acreditación de los agentes comunitarios y los resultados de test de conocimientos, si se obtuvo una relación estadísticamente significativa, quiere decir que el hecho de estar acreditado o no si puede influir en el resultado del test de conocimiento. Lo que más adelante comentaremos.

Respecto a la idea que se expuso de que las diferentes orientaciones motivacionales de los agentes comunitarios podrían influir en el resultado del test de conocimientos, según los datos obtenidos, podemos apreciar que al realizar el análisis bivariado de dichas variables no se halló una relación estadísticamente significativa. Lo cual nos lleva a suponer que aparentemente el hecho de presentar determinada orientación motivacional por parte de nuestros agentes comunitarios no tiene relación con el resultado del test de conocimientos aplicado. Pero al realizar un análisis con un modelo logístico múltiple se halló relación en algunos factores que más adelante mencionaremos.

Se realizó también un análisis estadístico de todos los factores asociados con el resultado del test de conocimientos en los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, mediante un modelo

logístico múltiple. Interesante es destacar que según este análisis se encontró una relación estadísticamente significativa entre algunos factores con el resultado del test de conocimientos, que vamos a analizar:

Empleo

Cuando se relacionó la variable Empleo con los resultados del test de conocimiento en los agentes comunitarios se encontró relación estadísticamente significativa, que según los resultados indicaría que los agentes comunitarios que tienen empleo poseen 3.76 veces más posibilidad de tener un resultado aprobado en el test de conocimiento que los que no tienen empleo, mientras las demás covariables se mantienen constantes.

Para explicar dicha asociación haremos referencia a Maslow, quien menciona que cuando las necesidades de carencia estas satisfechas, comienzan a surgir las que se orientan al crecimiento y la autorrealización. La teoría de Maslow se basa en que solo las necesidades insatisfechas son motivadoras, y que una vez complacidas dejan de motivar a la persona quien busca ascender al próximo nivel. Barberá ⁷⁸ dice también: “una vez que el ser humano deja de sentirse hambriento, inseguro, no- amado, ni inferior, puede sentir la necesidad de cumplir con su destino como persona”.

Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de forma jerárquica, colocando las necesidades más básicas en la base de la pirámide y las más relevantes en la cúspide, entonces a medida que las necesidades se van logrando surgen otras de un nivel superior o mejor. Y es en la última fase donde se encuentra la autorrealización, que es un nivel de plena felicidad. Entonces según esta teoría a medida que la persona logra controlar sus necesidades básicas aparecen gradualmente necesidades de orden superior.

Bajo este prima y según los resultados, podríamos decir que los agentes comunitarios de esta investigación que tienen empleo habrían satisfecho las necesidades básicas del primer escalón que son las fisiológicas (hambre, descanso, ejercicio, cobijo y sexo), y las del segundo que son las de seguridad dentro de ellas la económica (inestabilidad laboral). Pues como dice la teoría, una vez que el hombre ha asegurado su supervivencia y su seguridad entonces

las del tercer escalón empiezan a ser importantes, aquí aparecen las necesidades sociales (ser aceptado por los demás, ser miembro de un grupo, conseguir el aprecio de otros). En el siguiente escalón se encuentran las necesidades psicológicas o de estima, que tienen que ver con el status, la relación con los demás, los conocimientos y los logros, que es lo que estarían obteniendo tal vez al pertenecer a este voluntariado, recordemos que Maslow menciona que las necesidades no surgen en la medida en que las bajas van siendo satisfechas, pueden ser concomitantes pero las básicas predominan sobre las superiores.

A este respecto Luciano Tavazza ⁷⁹ define la acción voluntaria como “la acción de un ciudadano que una vez cumplidos sus deberes de estado (estudios, familia, profesión) y civiles (administrativos, políticos o sindicales) se pone a disposición desinteresada de la comunidad promoviendo la solidaridad. Para ello ofrece energía, tiempo y eventualmente los medios de que dispone como respuesta creativa a las necesidades emergentes del territorio y prioritariamente a aquellos que corresponden a los desfavorecidos.”

Años de permanencia como agente comunitario

Al analizar los resultados para la variable “años de permanencia como agente comunitario” y el resultado del test de conocimientos en los agentes comunitarios de la Red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo, se encontró relación estadísticamente significativa, lo cual quiere decir según los resultados, que los agentes comunitarios que tienen una permanencia de hasta 3 años tienen 6.25 veces mayor posibilidad de presentar resultado en el test de conocimientos aprobados en comparación a los agentes comunitarios que presentan entre 4 a 10 años de permanencia, mientras las covariables se mantienen constantes.

Este resultado podría explicarse por el hecho de que cuanto más reciente es el agente comunitario más recientes son sus conocimientos obtenidos en la preparación para el logro de su acreditación, habiéndose acreditado la mayoría de los encuestados en los años 2010 al 2015.

Se sabe que los conocimientos aprendidos se van olvidando progresivamente si no se revisan y repasan. De ahí la importancia de la periodicidad con que han de hacerse los repasos en las capacitaciones.

El olvido, según Manzanero⁸⁰ es un proceso donde se pierden los conocimientos que adquirimos con el estudio. Olvidamos lo aprendido porque no lo utilizamos, o por no repasarlo con frecuencia y por la interferencia con otros conocimientos nuevos.

Ebbinghaus, como refiere Congrains⁸¹, descubrió que la mayor parte del olvido se produce inmediatamente después del aprendizaje, este fenómeno se conoce como “la curva del olvido” y se da aproximadamente así: “si comprendimos “cien por ciento”, una hora después habremos olvidado un 5%; al siguiente día ya tendremos un 10% menos; en la semana siguiente al estudio olvidaremos un 15% más, y en los próximos meses olvidaremos un 20% adicional de todo lo que se aprendió en un inicio. A los sesenta días después de haber obtenido el conocimiento se retendrá solo un 50 % de lo captado, y al pasar un año aún permanecerá en nuestra mente el 30% de lo comprendido y con mucha suerte el resto de nuestra vida se conservará en nuestra mente un 10% o un 20 % de lo asimilado inicialmente”

Muchas veces el agente comunitario refiere que no se desarrolla un seguimiento de su trabajo ni se realizan actividades de actualización de sus conocimientos, ellos sienten que los conocimientos que le imparten en un inicio se van perdiendo paulatinamente y que lo único que le queda son los conocimientos que adquirieron en la práctica misma de su trabajo, lo que puede llevarlos a error.

Acreditación

Al emplear el modelo logístico simple y el modelo logístico múltiple en la relación de las variables acreditado y el resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios de la Red en mención se encontró relación estadísticamente significativa en ambos casos, lo cual indica que los agentes comunitarios que están acreditados tienen 4.68 veces más posibilidad de tener un resultado aprobado en el test de conocimientos que los que no están acreditados.

Es sabido que la acreditación es igual a logro. Significa que las personas han asimilado los conocimientos y habilidades que se pretendían.

Y así lo dice el Ministerio de Salud: “la acreditación de los agentes comunitarios garantiza la adquisición de los conocimientos y debe estar realizada por las micro redes de salud o los establecimientos de salud”. Por lo que este resultado es de alguna manera esperable, ya que para obtener la acreditación el agente comunitario se somete a una preparación de los distintos módulos luego del cual se somete a una evaluación.

Pero a pesar de que un alto porcentaje de agentes comunitarios se encuentra en condición de acreditado y esta situación lo lleva a tener casi 5 veces más posibilidad de aprobar el test de conocimiento que los que no están acreditados, nos encontramos con un voluntariado con escaso conocimiento pues no es óptimo el resultado del promedio obtenido en el test aplicado, estando la mayoría desaprobados, lo que estaría reflejando una preparación inadecuada y lo que podría explicar además la alta casuística de patologías prevenibles en los agentes comunitarios y en sus familias que se observa en consultorio.

Es importante mencionar que el Ministerio de Salud establece que las capacitaciones deben ser realizadas por personal del establecimiento de salud (profesionales y técnicos) llamados facilitadores, los cuales deben ser capacitados previamente para asumir un rol pedagógico y en esta capacitación deben intervenir las Redes de Salud, siendo así que los facilitadores no deben ser cualquier personal de salud sino personas con un perfil adecuado para el logro de los objetivos.

Habría que verificar si estas condiciones para la capacitación se están realizando según la norma técnica, pues como se dijo párrafos arriba, si nos basamos en el promedio obtenido no se estaría logrando el aprendizaje adecuado en los agentes comunitarios. Lo cual se deja para otra investigación.

Es imperativo que la formación y por ende la acreditación de los agentes comunitarios sea adecuada en cantidad y en calidad no bastando para su realización solo buena voluntad, tiene que acompañarse de una técnica que por muy elemental que sea, prepare al voluntario para realizar su actividad de acuerdo con sus capacidades y la tarea a desarrollar. Según manifestación de las asistentes sociales dicha tarea recae muchas veces sobre ellas, siendo pocos los establecimientos de salud que prestan interés real a la misma. Lo cual se está percibiendo con los resultados del test en los sujetos de estudio.

Es importante mencionar como dice Gidron ⁸², que cuanto mejor preparado se encuentre y se sienta un voluntario mejor realizará su función y la posibilidad de permanecer en la institución aumenta al entender que su actividad da los frutos esperados.

Número de capacitaciones recibidas en un año

Al relacionar la variable “número de capacitaciones recibidas aproximadamente durante un año” con el resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, se encontró relación estadísticamente significativa, que según los resultados quiere decir que los agentes comunitarios que recibieron 6 o más capacitaciones al año tienen 5.48 veces mayor posibilidad de tener un resultado del test de conocimiento aprobados que los que recibieron menos de 6 capacitaciones al año, mientras las demás covariables se mantienen constantes.

FEAPS⁸³, aclara que “la formación es un derecho del voluntario. Un deber de la entidad y la garantía previa a un servicio de calidad”.

Interesante es destacar con lo antes mencionado y al tenor de los resultados, la importancia de las capacitaciones, las cuales no solo deben de estar presentes, pues sin la impartición del conocimiento no se logra, valga la redundancia, el

conocimiento, sino que es imprescindible que esta formación sea continua y con un mínimo en el número de las mismas.

El objetivo de la capacitación de los agentes comunitarios es, como hemos visto, brindarles conocimientos para realizar su labor eficazmente, pero esta capacitación es importante también para lograr los cambios individuales.

Hemos observado con los resultados que para muchos agentes comunitarios la motivación para su rol se encuentra en los conocimientos sobre la salud que adquiere en las capacitaciones, lo que ven como un crecimiento personal, por lo que estas actividades aumentarían su motivación y su permanencia. Así lo señalan las investigaciones de Bennett, Ross y Sunderland⁸⁴, Beugen⁸⁵, Breaux⁸⁶ y Danoff y Kopel⁸⁷

Entonces además de los beneficios que pueden brindar las capacitaciones per se, se logran con estas otras ventajas como mayor permanencia, mantenimiento de la motivación y mayor eficacia. Asimismo, la formación beneficia a la organización porque es percibido por los voluntarios a veces como incentivo y como menciona Vidal Córdova ⁵ la señalan como ventaja.

Es decir, existen múltiples beneficios que se logran con las capacitaciones. Como menciona Martínez⁸⁸ y Chacón ⁷⁶, cuando una entidad se interesa por la formación de sus voluntarios, se interesa por sus dificultades y los estimula recordándoles su importancia, permite que se sientan integrantes del equipo y parte de los éxitos logrados creando un feedback positivo.

Por lo que coincidimos con John Ruskin cuando afirma que “la mayor recompensa de nuestro trabajo no es lo que nos pagan por el sino en lo que nos convierte”.

Motivación extrínseca

Al relacionar la variable motivación extrínseca moderada al resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios, se encontró relación estadísticamente significativa, lo cual indica según los resultados, que los agentes comunitarios que presentan una motivación extrínseca moderada tienen 5.07 veces más posibilidad de tener un resultado aprobado en el test de conocimientos en comparación con los que tienen una motivación extrínseca baja. Asimismo, al relacionar la variable motivación extrínseca alta con el resultado del test de conocimiento en los agentes comunitarios, también se encontró relación estadísticamente significativa, queriendo decir según los resultados que los agentes comunitarios que presentan una motivación extrínseca alta tienen 9.61 veces más posibilidad de tener un resultado aprobado en el test de conocimiento en comparación con los que tienen una motivación extrínseca baja.

En contra de lo esperado, los resultados muestran que los motivadores externos son los que mueven más la conducta de los agentes comunitarios hacia la obtención del conocimiento que los motivadores que buscan ayudar a los demás o los motivados por mejorar su autoconcepto, este hecho puede ser porque el obtener mayores conocimientos, el aumentar sus relaciones personales o el mejorar su currículo es percibido por los agentes como una meta más alcanzable, una meta que pueden visualizar en comparación a la de ayudar a los demás que es más efímero o muy a largo plazo o tal vez sea que los agentes que se mueven por motivaciones de ayuda perciben que sus acciones ayudan poco a la comunidad, que lo que hacen no tiene el impacto esperado, lo que estaría dándose quizá por desconocimiento de los logros debido a la falta de comunicación de los establecimientos de salud para con ellos, no alcanzando una satisfacción en su actividad por lo tanto lleva a un desinterés en el aprendizaje. Además, como refiere Omoto y Snyder ⁶⁷, las motivaciones centradas en los demás son importantes para el inicio de la actividad, pero no son para mantener a los voluntarios activos ni es suficiente para alcanzar resultados. Refiere Barberá Heredia ⁸⁹, que la intención por más clara y definida que esté no implica automáticamente la obtención del resultado.

Los modelos de expectativa/valencia ^{90, 91}, que son lo que han predominado en la segunda mitad del siglo XX en el análisis motivacional de la conducta dirigida a metas, concuerdan en que lo que lleva a alcanzar una meta es el grado de compromiso personal con respecto al objetivo por alcanzar, o sea, su componente motivacional. Según este enfoque la probabilidad de lograr una meta es mayor cuando hay una intención precisa. Intención que estaría siendo clara en los agentes comunitarios que refieren tener una motivación externa, los cuales tienen un mayor compromiso con su objetivo previsto, que es básicamente el de aprender, el cual a su vez les genera satisfacción personal.

En opinión de Heras, F ⁹²: “la necesaria motivación de los voluntarios se mantendrá mejor si el ejercicio de su actividad les genera satisfacción personal, que puede provenir del aprendizaje que se obtiene a partir de la experiencia adquirida por la actividad desarrollada, de las relaciones personales que se establecen, de las responsabilidades que se asume, de las transformaciones conseguidas o del reconocimiento de la labor realizada. Por ello es importante hacer de la acción voluntaria un medio ecuador; un espacio de encuentro, de socialización: un espacio abierto a la participación de todos: un espacio transparente que sirva de modelo social: un espacio en el que se reconoce el valor del trabajo de todos”.

Estas condiciones serían ideales para la práctica del voluntariado: a la vez que se ayuda y se beneficia la sociedad, se alcanza una satisfacción personal y porque no una capacitación profesional.

Entonces podemos decir, como refiere Soler³⁵ que se debe cultivar la motivación intrínseca, pero sin desatender la motivación extrínseca que también brinda beneficios.

CAPITULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1.-Los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud, presentan un bajo promedio en los distintos campos de la salud.

2.-Los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud, son un grupo muy heterogéneo en lo que respecta a orientaciones motivacionales, siendo su motivación principal el querer “mejorar sus conocimientos en el campo de la salud”.

3.-Los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud son predominantemente de sexo femenino, en promedio de 50 años de edad, en su mayoría casados, con educación secundaria, laboralmente activos. Se inician como agentes comunitarios en forma voluntaria, cuya permanencia en esta labor es en promedio de 8 años. Están acreditados, sobre todo en el último quinquenio. Recibiendo de 6 a más capacitaciones al año.

4.-La motivación intrínseca- trascendente no es un factor relacionado al conocimiento en el campo de la salud de los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.

5.-La motivación extrínseca es un factor relacionado al conocimiento en el campo de la salud de los agentes comunitarios de la Red de Salud San Juan de Miraflores –Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud.

6.-Existe asociación positiva entre los factores empleo, acreditación, años de permanencia y número de capacitaciones con el conocimiento en el campo de la salud de los agentes comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo del Ministerio de Salud. Factores que hay que atender.

RECOMENDACIONES

1.-En cuanto a la formación de los agentes comunitarios es imprescindible y urge revisar las estrategias y metodologías que se están utilizando para su realización, las mismas que deben ser dadas únicamente por los “facilitadores”, con una correcta metodología de enseñanza; es importante que se unifique un plan de capacitación anual a nivel de Red, que mínimamente se aplique y se supervise la aplicación de las distintas guías técnicas de preparación del agente comunitario y que se realicen evaluaciones periódicas para constatar los conocimientos, toda vez que dichas evaluaciones se constituyen como reforzadores y demuestran un interés de los establecimientos de salud para con el voluntariado. Podría instaurarse además incentivos para los llamados facilitadores. Para todo ello es ineludible la responsabilidad que tiene que asumir la Red de Salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo apoyando a sus Micro redes y establecimientos de salud en todos los aspectos. Entendiendo que, sin estos logros en el nivel de conocimientos en los agentes comunitarios, no se puede esperar cambios en los estilos de vida de la comunidad.

2.-En cuanto al perfil del agente comunitario es importante conocer las características sociodemográficas de la persona que va a ser agente comunitario, no tanto porque tiene que ver con la actividad en sí misma, sino para conocer sus potencialidades y sus intenciones de permanencia. Además, indagar sobre sus conocimientos previos y porque no también sobre sus gustos, para poder de esta manera implementar una gestión del voluntariado que aumente su compromiso e identificación con los establecimientos de salud: reforzando el apoyo entre voluntarios, realizando reuniones de intercambio de experiencias, actividades de recreación y brindándoles información de los logros obtenidos con su trabajo y las metas por alcanzar.

3.-Potenciar el compromiso de los agentes comunitarios en su aprendizaje, informándoles de la importancia y de los deberes de los voluntarios con respecto a su formación desde que ingresan a la actividad para crear en ellos un interés por formarse en este campo, haciendo hincapié en los voluntarios de más edad, que son quienes muestran, en general, un menor interés por las actividades formativas.

4.-Se recomienda conocer bien a cada uno de voluntarios y motivarle desde su individualidad. Este conocimiento es importante desde el momento de la admisión del agente comunitario en el establecimiento, en el que se le puede pedir que explique sus motivos personales bien en la entrevista personal o bien en un formulario de inscripción creado para este propósito. Pensar en la motivación como un proceso: donde están los agentes comunitarios y hacia donde queremos que vaya su compromiso. No debemos preocuparnos tanto por los motivos iniciales, pues la motivación autentica no es innata supone un aprendizaje un largo camino de logros, pero también de tropiezos, saber acompañar los tropiezos es importante para los agentes comunitarios. La perfección hay que ir buscándola durante el proceso e ir depurando motivaciones, por lo tanto es vital que los establecimientos de salud conozcan el tipo de motivación que tiene su voluntariado y gestionen dicha motivación pues como hemos visto es mejor apuntar a generar ganancias compartidas: para que gane en forma primordial el que recibe el apoyo, pero también que gane el voluntario al aprender y sentirse bien consigo mismo y por último ganaría también el estado al ser apoyado por estas causas. Tener claro que el voluntariado se concibe como una experiencia de intercambio.

5.-Difundir al Ministerio de Salud los factores relacionados positivamente al conocimiento en los agentes comunitarios encontrados en nuestra investigación, con el objetivo del fomento de los mismos, sobre todo en lo que respecta a las acreditaciones y número de capacitaciones: incentivando y supervisando las mismas teniendo un rol protagónico la Red de Salud quien debe convocar y tener un control más estricto de las acreditaciones de los agentes comunitarios, las cuales se sugiere deben ser cada cierto periodo, no bastando con una sola acreditación debe tener una caducidad y/o renovación, entregando certificados que queden registrados en los archivos a nivel central. .

6.-Hacer un seguimiento a través de otras investigaciones a la metodología de enseñanza aplicada a los agentes comunitarios en el Perú.

7.-Realizar más investigaciones con agentes comunitarios en nuestro país, en temas como su desempeño en trabajo de campo o motivos de abandono de la actividad o cómo perciben los directores de los establecimientos de salud a los

agentes comunitarios o rol del Ministerio de Salud en la formación del agente comunitario, con el fin de obtener mayor conocimiento acerca de este voluntariado tan importante.

8.-Permitir y garantizar que el Ministerio de salud otorgue el aseguramiento universal a los agentes comunitarios, que sirva como un reconocimiento a su labor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Leal O. Conocimientos y prácticas de los promotores de salud frente al factor de riesgo Biológico. Municipio Litoral de San Juan Chocó- Colombia; 2007
- 2.-Martínez de Onofre EN. Motivación del Promotor voluntario de salud en la participación comunitaria. Monterrey, N.L., México; 1993.
- 3.- Vecina ML, Chacón F. Motivaciones de una muestra de voluntarios españoles en el campo del SIDA. Madrid. España: Departamento de Psicología social de la Universidad Complutense; 1991
- 4.- Milena C, Salas R. Rol del Promotor de Salud mediante el desempeño de este en su comunidad. Distrito de Yanaoca, Provincia de Canas, Cuzco - Perú. Situa 2001; año 9 (17): 43-8.
- 5.- Vidal Córdova E. La participación comunitaria en Salud: una experiencia en el distrito de San Martín de Porras. Lima-Perú; Investigación Social. 1999; vol. 3 (3): 185-200.
- 6.- Salinas, D. Manuel Núñez Butrón: Pionero de la Atención Primaria en el Mundo. Rev. med Chile. 2014; 142 (12): 1612-3.
- 7.- Ministerio de Salud. Dirección de participación comunitaria en salud. Documento técnico para el trabajo con los Agentes comunitarios. Perú, Dirección general de promoción de salud; 2007
- 8.- Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°217-99-SA/DM; 1999
- 9.-Ciencia y Salud. Agentes comunitarios del MINSA realizan labor social voluntaria de prevención y promoción de la salud. Con Nuestro Perú. 2011 citado junio 2012. Disponible en: <http://www.connuestroperu.com>
- 10.- Prensa MINSA. Agentes comunitarios en salud de todo el país se reunieron en Encuentro nacional. Noticias OPS/OMS. Feb. 2013. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Citado junio 2013. Disponible en: www.paho.org/per.
- 11.-Rodas R. DIRESA premia a agentes comunitarios en salud por destacada labor. Junio 2013. Gobierno Regional de Cajamarca. Citado junio 2013.

Disponible en: regioncajamarca.gob.pe/noticias/diresa-premia-agentes-comunitarios-en-salud-por-destacada-labor

12.-Sala de Prensa. Ministerio de Salud. MINSA reconoce labor de los Agentes Comunitarios de Salud. Junio 2015. Ministerio de Salud Perú. Citado Julio 2015. Disponible en www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16612

13.-Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Word Health Organization; 1998

14.- Michieri-Hidalgo J. Prevenir la enfermedad es la mejor estrategia para mejorar la salud. Acta Médica Costarricense. 2011; vol. (53): 15-19.

15.- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS; 2007

16.-Rojas A, Martínez U. El (La) docente como promotor de la salud en educación inicial. Guía de Información. Venezuela: Universidad de los Andes; 2009

17.-Blanco ME, Jordán Padrón M. Educación para la salud Integral del adolescente a través de promotoras pares. Rev. Med Electrón. 2011; 33(3):349-359.

18.-Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 Atención Primaria. Guía de promoción de salud para agentes de salud comunitarios. Madrid; 2007.

19.-Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la salud. Perú: Programa de apoyo a la modernización del sector salud; 2004

20.-Carrada -Bravo T. El papel del médico como promotor de la Salud. Rev. Facultad Med. 2002; Vol. 45 (4): 170-175.

21.-Instituto de la UNESCO para La Educación. Promoción y educación para la salud. Alemania: Druckerei Seemann, Hambur; 1999

22.-Aguilar MJ. Participación ciudadana en salud. Evaluación de experiencias. Salamanca. VII Congreso de Sociología: Federación Española de sociología; 2001.

- 23.-Alvarez Sintes; Barcas I. Experiencia en el diseño y la ejecución del programa de formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de la Misión Barrio Adentro. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2004; vol. 20: 5-6.
- 24.-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Promotor de Salud: Trabajo y motivaciones. Lima: Buen Inicio, UNICEF/PERU –USAID; 2003
- 25.-Arenas L. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Salud Pública México. 1998; vol. 40 (3): 304-306
- 26.-Organización Mundial de la Salud (OMS). Intervención de los agentes de salud comunitarios en el tratamiento. Informe sobre la salud en el mundo. Capítulo 3. Washington D.C: OMS; 2013.
- 27.-Ministerio de Salud. Dirección Regional de salud Cajamarca. El promotor de Salud y la Organización de su trabajo. Capacitación a promotor de salud. Perú: APRISABAC; 1997
- 28 -Universidad Nacional de Cajamarca sección Chota. Experiencia exitosa del trabajo comunitario en salud de nuestra UNC sede Chota. Perú: Universidad de Cajamarca; 2012
- 29.-Ley N°28238-Ley general del Voluntariado. Perú
- 30 -Ley N° 29094 –Modificación de la Ley general del Voluntariado. Perú
- 31- Ministerio de Salud. Dirección general de promoción de la Salud. Directiva administrativa para el trabajo con el agente comunitario de salud. Lima: Santillana; 2011.24p
- 32- Ministerio de la mujer y desarrollo social. Premio Nacional al Voluntariado. Perú. Resolución Ministerial N°595-2010–MINDES; .2010
- 33.-Parlamento Europeo. Acta. La función del voluntariado como contribución a la cohesión económica y social. Debate. Estrasburgo; 2008
- 34.-Lamas H. Aprendizaje autorregulado, motivación y rendimiento académico. LIBERABIT Lima Perú. 2008; vol. 14: 15-20.
- 35.- Soler Javaloy P. Factores Psicosociales explicativas del voluntariado universitario. Tesis Doctorales. Facultad de Económicas: Universidad de Alicante; 2008
- 36.-Portal Iniciativa social. Iniciativa Social y Estado de Bienestar. Motivación del voluntariado. 2013, de Iniciativa Social y Estado de Bienestar. El portal del

voluntariado y las ONG. Citado set 2013. Disponible en: www.iniciativasocial.net

37.-Chacón F, Pérez T, Flores J y Vecina ML. Motivos del voluntariado: Categorización de las motivaciones de los voluntarios mediante pregunta abierta. Madrid. Introducción psicosocial. 2010; 19 (3): 89-92

38.-Gobierno Regional de Lima. Dirección Ejecutiva de salud Integral. Encuentro Regional de Agentes Comunitarios en Salud, Perú: Dirección de vida sana y participación comunitaria en salud; 2013

39.- Ministerio de Salud. Documento técnico: Manual del Agente Comunitario de Salud. Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años. Perú: Supergráfica E.I.R.L; 2009

40.- Echeverri O. 5to. Foro Atención Primaria de la Salud, APS: Una nueva oportunidad. Colombia: Facultad de Salud. Universidad del valle; 2011.

41.-García S. Los beneficios de contar con un voluntariado motivado. España. 2ºcongreso de asocianismo y voluntariado de la comunidad valenciana: Universitat Jaume; 2006

42.- Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Guía técnica de Gestión de Promoción de la salud en Instituciones Educativas por el desarrollo sostenible. Lima: Súper Gráfica E.I.R.L; 2011

43.-Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica para la Implementación del trabajo con los agentes comunitarios. Lima; 2011

44.-Ministerio de Salud. Dirección de Promoción de la Salud. Documento técnico: Metodología para la capacitación de las y los Agentes Comunitarios de Salud. Guía de la y el Facilitador. Lima; 2010

45.- Organización Panamericana de la salud (OPS). Guía para facilitadores de la Capacitación a Agentes Comunitarios de Salud. Componentes comunitarios de la Gestión EIEPI. Washington D.C: OPS; 2004

46.- Organización Panamericana de la salud (OPS). Manual del Agente Comunitario de Salud. Manual del Facilitador. Washington D.C: OPS; 2010

47.- Montero García, Inmaculada y Bedmar Moreno M. Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. 2010. Citado junio 2015. Disponible en: polis.reves.org/86.

- 48.- Korotky, S. Los adultos mayores voluntarios en Uruguay: descripción y perfiles. Madrid: Universidad autónoma de Madrid; 2004
- 49.- Meléndez. Calidad de vida y tiempo libre. En foro de calidad de vida. Puerto Rico; 1991
- 50.- Chacón F, Vecina, ML Factores Psicosociales que influyen en el voluntariado. Un estudio piloto. Intervención Psicosocial. 1997; 6(1): 105-116
- 51.- Plataforma para la promoción del voluntariado: el perfil del voluntariado en la plataforma del voluntario en España. 2008. Citado Junio 2015. Disponible en: plataformvoluntariado.org
- 52.- Eagly A.H. y Cowley, M. Gender and helping behavior: A Meta analytic review of the social psychological Literature. Psychological bulletin, 100 (3), 383-308; 1986. En Osorio Peña AB. Perfil y Motivaciones del voluntariado juvenil de mayores. Departamento de Psicología. Universidad de Granada. Ed. Universidad de Granada; 2009
- 53.- Dávila de León MC, Chacón F. Factores Psicosociales y tipo de voluntariado. Universidad Complutense de Madrid. Psicoterma. 2004; vol. 16 (448):23-26
54. - Wilson, J y Musick, M. Work and volunteering: The longarm of the job. Social forces, 1997; 76 (1): 251-272. En González L, Leiva Yerlén, Sepúlveda A, Vega. Factores Psicológicos asociados a la permanencia y compromiso del voluntariado. Chile. 2004; vol. XLLL. (2): 21-4.
55. - Hettman D., Jenkin E. Volunteerism and social Interest. Individual Psychology 46 (3): 298-303; 1990. En González L., Leiva Yerlén, Sepúlveda A, Vega. Factores Psicológicos asociados a la permanencia y compromiso del voluntariado. Chile 2004; vol. XLLL. (2): 21-4.
56. - Smith D. H. Determinants of voluntary association participation and volunteering: a literature review. Nonprofit and voluntary sector Quartely, 23 (33), 243-263. 1994. En González Luis, Leiva Yerlén, Sepúlveda Andrés, Vega. Factores Psicológicos asociados a la permanencia y compromiso del voluntariado. Chile. 2004; vol. XLLL. (2): 21-4.
57. - Verba, Sidney; Kay Lehman Schlozman y Henry E. Brady. Voice and Equality. Civic voluntarism in American Politics. Cambridge: Harvard University Press. 1995. En: Sanborns C, Portocarrero F. Filantropía y cambio

social en América Latina. Centro de investigación de la Universidad del Pacífico Perú: David Rockefeller Center For Latin American Studies; 2008

58. - Clary, E. G. y Snyder, M. The Motivations to volunteer: theoretical and practical considerations. *Current directions in psychological science*, 8(5) ,156-159. 1999. En Dávila de León M.C. La incidencia diferencial de los factores psicosociales en distintos tipos de voluntariado. ISBN: 84-669-2366-7. Madrid; 2002

59.-Bennett, L. Ross, M. W., Sunderland R. The relation between recognition, rewards and burnout in AIDS caring. *AIDS – care* 1996; 8, (2):145-153. En Vecina ML, Astry AA, Dávila C. Influencia del Burnout en el abandono de los voluntarios. *Intervención Psicosocial España* 2001; Vol. 10 (2): 157-168

60. - Keith. Care- taking in cultural context: anthropological queries. 1992. En Osorio Peña, A.B. Perfil y Motivaciones del voluntariado juvenil de mayores. Departamento de Psicología. Universidad de Granada. Ed. Universidad de Granada; 2009

61.-Beugen, P.Supporting the volunteer Life-Cycle. *Voluntaria Activo Leadership*. Fall; 1985. En Medina Ruiz E. Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo. Universidad de Murcia. Departamento de Sociología y Política Social; 2015

62.- Breaux, T. Psychosocial support: A crucial component for the successful management of AIDS volunteers. *Journal of volunteer Administration*, Fall/Winter (1993/94). En Medina Ruiz E. Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo. Universidad de Murcia. Departamento de Sociología y Política Social; 2015

63. - Danoff, Autumn and Surelle Kopel. What are the motivational needs behind volunteer work? *Journal of volunteer administration*, Summer 1994. En Medina Ruiz E. Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo. Universidad de Murcia. Departamento de Sociología y Política Social. España; 2015

64.-Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plataforma del Voluntariado de España. Diagnóstico de la Situación del Voluntariado de Acción Social en España. Estudios de Investigación. Ed. Estilo Estugraff; 2011

65.- Wright y Hymam. Voluntary Association Memberships of American Adults: Evidence from Nacional Surveys. *American Sociological Review* 23 1958. En

- González L., Leiva Y, Sepúlveda A, Vega C. Factores Psicológicos asociados a la permanencia y compromiso del voluntariado. Vol. XIII. Chile; 2004
- 66.- Dávila de León M.C. La incidencia diferencial de los factores psicosociales en distintos tipos de voluntariado. Madrid; 2004
67. - Omoto, A.M. y Snyder M. Sustained helping without obligation: motivation longevity of service and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of personalitty and social Psycholosity* 1995; 68 (4):671-686. En Osorio Peña AB. Perfil y Motivaciones del voluntariado juvenil de mayores. Departamento de Psicología. Universidad de Granada. Editorial de la Universidad de Granada; 2009
- 68.- Urrutia T A. Manual de Organización del Voluntariado del servicio de sanidad. 2007. En Valencia Rodríguez, L y Velandia Morales, A Percepciones y motivaciones sobre el voluntariado. *Rev. Eleuthera*, Vol. 9(2) ,116-131; 2013
- 69.- Naciones Unidas. El voluntariado y el sistema de las Naciones Unidas. *Trabajando por un mundo mejor*; 2001
- 70.-Barberá, E. y Molero, C. Motivación social. ENI Garrido (Ed.), *Psicología de la motivación*. Madrid. Ed. Síntesis; 1996
- 71.-Marta E, Guglielmetti C, Pozzi M. Volunteerism during Young Adulthood: An Italian Investigation into motivation Pattern *Voluntas* 2006; 17 (221-232). En González Rodríguez A. Influencia de la motivación hacia el voluntariado, el apoyo social percibido, la satisfacción con el trabajo voluntario, el tipo de voluntariado y el sexo sobre la duración de universitarios en trabajo voluntario. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas: Facultad de Humanidades y educación. Escuela de Psicología; 2007.
- 72.-Clary EG, Snyder M, Ridge R. Understanding and assessing the motivation of volunteers: A functional approach. *Journal of personality and social Psychology* 1998; 74 (6) 1516-1530. En Chacón Fuertes F, Pérez Arroba T, Vecina Jiménez M L. Motivaciones del voluntariado. Factores para la permanencia y vinculación del voluntariado. Universidad Complutense. Madrid; 2011
- 73.- Yubero S, Larrañaga E. Los valores sociales en el perfil profesional del trabajador social. Un análisis con estudiantes universitarios. Facultad de trabajo social. Departamento de Psicología. España: Universidad de Castilla –La Mancha; 2008

74. - Batson C.D. Addressing the altruism question experimentally. In s. G. Post, L. G. Underwood, J. P. Schloss, & W. B. Hurlbut (Eds). 2002. En Osorio AB. Perfil y motivaciones del voluntariado juvenil de mayores. Departamento de Psicología. Universidad de Granada: Ed. Universidad de Granada; 2009
- 75.-Chacón F, Vecina ML. Gestión del voluntariado. Madrid: Síntesis; 2002
- 76.-Chacón F, Pérez T, Vecina M L. Motivaciones del voluntariado. Factores para la permanencia y vinculación del voluntariado. Madrid: Universidad Complutense; 2011
- 77.-Aranguren LA. Voluntariado y compromiso social: III Foro de Trabajo social. Escuela Universitaria de Trabajo social. 2001. ISBN84-8468-017-7
- 78.-Barberá E. Marco conceptual e investigación de la motivación Humana. Revista electrónica de motivación y Emoción. 1999. Citado Julio 2015. Disponible en: http://reme.uji.es/articulos/abarbe_127211298/texto.htm
- 79.- Tabazza, L. El nuevo rol del voluntariado social. Argentina: Lumen; 1995
- 80.- Manzanero A L. El olvido. Psicología del Olvido. Madrid: Pirámide; 2008
- 81.-Congrains Martin E. Así es como se estudia. Centro Latinoamericano de capacitación Intelectual. Venezuela: Forja; 1980
82. - Gidron. Prediction of Retention and turnover among service volunteer workers. Journal of social service. Research, 8(1)1-16. 1985. En Chacón F, Pérez T, Vecina ML. Motivaciones del voluntariado. Factores para la permanencia y vinculación del voluntariado. Universidad Complutense; Madrid. 2011
- 83.- Confederación Española de Organizaciones a favor de la persona con discapacidad intelectual. El Voluntariado en FEAPS (Orientaciones para la gestión del voluntariado). Madrid: EPEL S.L. 2ª Edición.; 2004
- 84.-Bennet L, Ross MW y Sunderland R. The relation between recognition, rewards and burnout in AIDS caring. AIDS –care 1996; 8, 2,145-153. En Vecina ML, Astray AA, Dávila C. Influencia del burnout en el abandono de los voluntarios. Intervención Psicosocial España 2001; vol. 10 N° 2 pg. 157-168.
- 85.-Beugen P, Supporting the volunteer Life-Cycle. Voluntary Action Leadership, Fall. 1985. En Medina Ruiz E. Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo. Universidad de Murcia: Departamento de Sociología y Política Social; 2015

- 86.-Breux, Tommy: Psychosocial support: A crucial component for the successful management of AISD volunteers. *Journal of volunteer administration*. Fall / Winter 1993/4. En Medina Ruiz E. Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo. Universidad de Murcia: Departamento de Sociología y Política Social; 2015
- 87.-Danoff, Autumn and Surelle Kopel: What are the motivational needs behind volunteer Work? *Journal of volunteer administration*. Summer 1994. En Medina Ruiz E. Satisfacción e intención de permanencia de personas mayores voluntarias. Un modelo explicativo. Universidad de Murcia: Departamento de Sociología y Política Social; 2015
- 88.- Martínez E. Motivaciones del promotor voluntario de salud en la participación comunitaria. Monterrey N. Universidad Autónoma de Nuevo León: Facultad de Enfermería; 1998
- 89.-Barberá Heredia E. Marco conceptual e investigación de la motivación humana 1999. En Baquerin de Riccitelli MT. Internet: Motivación y conocimiento. Estudio cualitativo de la intencionalidad de los usuarios. Buenos Aires; 2007
90. - Feather N. T. Expectatives and actiong: Expentancy – value models in psychology, Hillsdale. N. J.: LEA; 1982. En Osorio Peña AB. Perfil y Motivaciones del voluntariado juvenil de mayores. Departamento de Psicología. Universidad de Granada. Editorial de la Universidad de Granada; 2009
- 91.- Barberá, E. Establecimiento de metas en la conducta motivada: perspectiva histórica. *Revista de Historia de la Psicología* 1995; 3-4 (16), 103-110. En Osorio Peña AB. Perfil y Motivaciones del voluntariado juvenil de mayores. Departamento de Psicología. Universidad de Granada. Editorial de la Universidad de Granada; 2009
- 92.-Heras F. El sector voluntario y el medio ambiente. En Jerez. ¿Trabajo Voluntario o participación? Madrid; 1997

ANEXOS

ANEXO 1: TEST DE CONOCIMIENTOS APLICADO A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE LA RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES – VILLA MARÍA DEL TRIUNFO:

Test de conocimientos en el campo recuperativo, preventivo y de promoción de salud dirigido a Agentes Comunitarios de la Red de salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo

Fecha de realización:

Encierre con un círculo su respuesta. Recuerde que debe marcar una respuesta en cada pregunta.

I.-Datos generales:

1.- ¿Cuántos años tiene siendo agente comunitario?

2.- ¿Está acreditado?

1. Si
2. no.

3.- ¿En qué año lo acreditaron?

4.- Edad (en años cumplidos):

5.- Sexo:

1. Masculino
2. Femenino.

6.- Grado de instrucción:

1. Primaria completa
2. Secundaria completa
3. Técnico
4. Superior
5. Sin estudios

7.-Estado Civil:

1. Casado
2. Soltero
3. Conviviente

4. Viudo
5. Divorciado
- 8.- ¿Tiene empleo?
 1. Si
 2. no
- 9.- Si contestó si en la pregunta 8 responda: ¿Su empleo es fijo?
 1. Si
 2. no
- 10.- Si contestó si en la pregunta 8 responda ¿su empleo es eventual?
 1. Si
 2. no
- 11.- ¿Es ama de casa?
 1. Si
 2. no
- 12.- ¿Cómo se convirtió en agente comunitario?
 1. Elegido por la asistente social
 2. Elegido por algún personal del establecimiento de salud
 3. Usted solo se acercó al establecimiento
 4. Lo eligió la comunidad en asamblea
 5. Lo eligió un dirigente
- 13.- Coloque el número de capacitaciones que recibe por año aproximadamente:

II.-RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Encierre con un círculo su respuesta, recuerde que solamente es una respuesta por pregunta.

1.- ¿Cuáles son las señales de peligro para saber si un recién nacido SE ENCUENTRA MUY ENFERMO (grave)? Marque la correcta

1. No puede mamar
2. Que presente estornudos
3. Que duerma 12 horas
4. Que su frecuencia respiratoria sea de 60 por minuto

2.- ¿Cuáles son las señales de peligro para saber si un niño (mayor de 2 meses) SE ENCUENTRA MUY ENFERMO (grave)? Marque la correcta

1. Que lacta cada 2 o 3 horas, ellos deben de lactar a cada hora
2. Vomita todo lo que come
3. Que al tocarlo este caliente y su temperatura oral sea de 37,5
4. Que su deposición sea amarilla y pastosa

3.- ¿Cuáles son las señales que indican que una señora que está embarazada está muy enferma? Marque la respuesta correcta

1. Vómitos abundantes
2. Que tenga mucha hambre
3. Que orine a cada rato
4. Que tenga eversión del ombligo

4.- ¿Qué hace usted si un lactante menor de 6 meses tiene tos, estornudos o tiene moco por la nariz? Marque la respuesta correcta

1. Darle agüitas, pues eso ayuda a que no se acumule flema en los bronquios
2. Darle inmediatamente medicinas, pues estas enfermedades avanzan muy rápido
3. Llevarlo urgentemente al Centro de salud
4. Suspender la lactancia materna, pues con la tos se puede ahogar
5. Estar atento a las señales de peligro

5.- ¿Qué hace usted si su niño tiene diarrea sin deshidratación? Marque la respuesta correcta

1. Llevarlo al centro de salud inmediatamente.
2. Me fijo cuantas veces hace la deposición por día y si hace muchas veces entonces disminuyo la cantidad de líquido que le doy, pues estoy contribuyendo a que la diarrea aumente.
3. Continuar la alimentación de todos los días, de a pocos, varias veces al día.
4. Quitarle la leche, pues es sabido que esta aumenta la diarrea.

6.- ¿Qué hace usted si su niño tiene fiebre? Marque la respuesta correcta

1. Darle inmediatamente un antipirético, pues puede convulsionar.
2. Bajar la fiebre por medios físicos (pañños de agua tibia en la frente, barriga y palma de manos y pies).
3. Llevarlo por urgencias al establecimiento de salud.
4. Restringirle los líquidos.

7.- ¿Cómo se puede saber si un niño está muy desnutrido (mucho peligro)?

Marque la respuesta correcta

1. Su cabello se pone de color claro y se hincha.
2. Duerme de 10 a 12 horas.
3. No sube mucho de peso.
4. Come menos de lo acostumbrado.

8.- ¿Cómo debe ser alimentado un niño de 1 año de edad? Marque la respuesta correcta

1. Debe de comer segundos especialmente preparados para su edad, ni tan blandos ni tan sólidos.
2. Es necesario que coma solo 3 comidas al día evitando algunas menestras.
3. Debe comer comidas espesas o segundos de la olla familiar.
4. Tener en cuenta al servir las raciones que los niños deben de comer un poco más de cantidad que las niñas.

9.- Un agente comunitario: Marque la respuesta falsa.

1. Participa en las decisiones comunitarias en relación a la generación de comportamientos y entornos saludables.
2. Se organiza en una red de trabajo con sus pares.
3. Ejecuta acciones de vigilancia comunal de los servicios de salud u otros.
4. Reflexiona acerca de su salud individual, familiar, y comunal y sus potencialidades para la solución de trabajo.
5. Enseñan a la madre y a los padres que tienen que dedicarle una parte de su tiempo a darles amor y estímulo a sus hijos, que el amor es el alimento del alma y el espíritu de los niños.
6. Aprende a curar y a dar tratamiento a todas las enfermedades en su comunidad.

10.- Con respecto a un niño menor de 6 meses y la lactancia materna: ¿Cuál es la respuesta verdadera?

1. Debe darle leche materna hasta los 5 meses y luego debo darle agüitas pues ayuda a hidratarse.
2. Le debe dar solo leche materna.
3. Se debe dar 3 meses leche materna, luego agüitas para que a los 6 meses ya este comiendo.

11.-Durante la lactancia la madre debe de alimentarse: Responda la correcta

1. Debe de tomar hierro por 2 meses más después del parto.
2. Debe de evitar las frutas pues son frías y dañan la leche.
3. Debe evitar menestras pues el bebé se llenaría de gases.

12.-Con respecto al VIH-SIDA, responda cuál de las siguientes es falso:

1. El SIDA es una enfermedad producida por un virus llamado VIH que ataca las defensas del cuerpo hasta dejarlas indefensas frente a cualquier enfermedad.
2. Para protegerse y evitar el contagio se recomienda prácticas sexuales seguras: abstinencia, pareja única, uso correcto de preservativos.

3. La madre que tiene VIH-SIDA no se debe preocupar y puede darle todo su amor a su hijo a través de la Lactancia materna.

13.-Para prevenir las discapacidades en los niños se debe: Marque cual es incorrecta

1. Vacunar contra la polio.
2. Que la gestante no tome cualquier medicina durante los 3 primeros meses.
3. Bajar la fiebre de los niños.
4. Enseñarles a ir al baño desde los 3 meses.
5. Atención adecuada del parto.
6. Alimentación rica en vitamina D.
7. Que la embarazada consuma alimentos ricos en yodo.

14.- Marque lo falso:

1. En la gonorrea sale pus por el pene.
2. Para prevenir las enfermedades de Transmisión sexual se debe tener un solo compañero sexual y usar preservativos.
3. El primer auxilio que se debe dar a una persona que se ha quemado la mano es introducirla en un recipiente con agua fría o helada.
4. Cuando un niño ha tomado kerosene se debe provocar el vómito.

15.-Con respecto al hierro y las vitaminas en los alimentos responda cuál de las premisas es falsa:

1. El hierro previene la anemia.
2. El hierro es importante para la función de los glóbulos rojos en la sangre.
3. Uno de los alimentos ricos en hierro es la betarraga.
4. El hierro protege de las infecciones.
5. El hierro se absorbe mejor si se toma con cítricos.
6. Entre los alimentos ricos en vitamina A se encuentra el zapallo, espinaca, acelga.
7. El hierro está en dosis adecuada en la leche materna, por eso no es necesario darles a los niños que reciben lactancia materna.

16.- Responda cual afirmación es verdadera:

La leche que sale del pecho poco después del parto:

1. Se llama calostro.
2. No es la mejor, pues es insuficiente.
3. Se le da a los recién nacidos pues es necesario que él bebe esté con su madre, pero recordar que la primera leche no lo alimenta, solo estimula la relación madre niño.

17.- En cuanto a estilos de vida saludables responda cuál de los siguientes es verdadero:

1. No hay que darles tantos dulces a los niños porque les produce parasitosis.
2. El agua clorada se prepara con 4 gotas de lejía por cada litro de agua y se debe esperar media hora antes de tomarla.
3. Estamos en una época donde hay que ahorrar el agua para cuidar el planeta es por eso que no debemos desperdiciarla y es necesario reusarla, si te lavaste las manos entonces no tires el agua, pues otro integrante de la familia se puede lavar las manos otra vez.
4. Las heces de los recién nacidos no tienen gérmenes por eso a diferencia de las heces de los adultos las heces de los recién nacidos no contaminan.
5. Si no pasa el camión de basura no dejes la basura en tu casa, sácala a la esquina y déjala allí o quémala.
6. Las lesiones, heridas o quemaduras en niños ocurren más frecuentemente dentro de su vivienda y se producen por exceso de confianza de los adultos, falta de conocimiento, y descuido frente a los peligros.
7. Los medicamentos que ya no se usan deben descartarse poniéndolos en doble bolsa dentro de la basura.

18.- ¿Qué es una vivienda saludable?: Marque la respuesta verdadera

1. Es una vivienda que está ubicada en zona segura, libre de riesgo de inundaciones, derrumbes.

2. Es una vivienda que está debidamente registrada en Registros Públicos o tienen documento extendido por el dirigente.
3. Es una vivienda cuyos habitantes se han inscrito al SIS, todos tienen un seguro de salud.
4. Es una vivienda cuyos habitantes tienen todas sus vacunas.

19.- Los niños tienen derecho a: Marque la respuesta falsa.

1. Derecho a que siempre se les haga participar y se les escuche sea en la casa, escuela establecimientos de salud, comunidad u otro.
2. Derecho a recibir mucho cariño, protección y cuidado de sus padres.
3. No se considera derecho que su padre y su madre jueguen con ellos.
4. Derecho a tener un nombre propio.
5. Derecho a tener DNI desde que nacen.

20.- Un niño con anemia. Responda cual respuesta es falsa

1. Está pálido, se cansa muy rápido no rinde en el colegio y juega poco.
2. Su desarrollo es más lento y afecta su inteligencia porque no desarrolla su cerebro.
3. Se le debe dar alimentos ricos en hierro como la beterraga, acompañado siempre de vitamina c.

21.- ¿Que es una visita domiciliaria? Marque la respuesta verdadera

1. Son actividades de campo realizadas en las viviendas con fines sociales lo cual es importante.
2. Son actividades de campo que realizan todas las personas de la comunidad en especial los agentes comunitarios.
3. Son actividades de campo que se realiza en el domicilio de una persona de la comunidad en fechas importantes como aniversarios para poder conocerla mejor.
4. Son actividades del campo realizadas en las viviendas para verificar aspectos sociales y de salud de las familias de una comunidad.

22.- ¿Qué es promoción de la salud? Marque la respuesta verdadera.

1. Es el proceso en el cual los promotores de salud buscan modificar las condiciones de vida con las familias de su comunidad para que sean

dignas y adecuadas, incentivar el desarrollo de capacidades de autocuidado y control de la salud, actuando con las familias y la comunidad de manera concertada para crear condiciones favorables en los determinantes de la salud (educación, recreación, trabajo, empleo, paz etc.)

2. Es promover el desarrollo de condiciones básicas para la conservación de la salud, evitando que se presenten los daños o enfermedades. Disminuyendo los factores de riesgo o protección contra los agentes agresivos.

23.- Responda si la siguiente premisa es verdadera o falsa:

La prevención en salud evita:

- El sufrimiento e incluso la muerte, además, evitan los costos que representan el traslado y tratamiento de una madre o bebé enfermo.

1.- V 2.-F

24.-Con respecto a las vacunas, marcar cual alternativa es verdadera:

1. El niño puede vacunarse sin riesgo alguno, incluso si tiene resfrío o diarrea.
2. Recién a los 2 meses se les debe vacunar.
3. La vacuna de la BCG protege al niño contra la Tuberculosis, o sea nunca le va a dar esta enfermedad.

25.- ¿Qué es un sociodrama? Marque la respuesta verdadera

1. Es una actuación muy dramática donde nos ayudamos de los papelógrafos, trípticos, para poder enseñar a la comunidad sobre estilos de vida saludables y lograr una comunidad más sana.
2. Es una actuación social que se realiza en la comunidad con un fin determinado.
3. Es una actuación donde se utilizan gestos, acciones o palabras para representar una situación o un hecho de la vida real que después se va analizar.

26.- Para realizar una visita domiciliaria, primero hay que hacer lo siguiente:

Marcar la respuesta correcta:

1. Primero hay que determinar los aspectos sobre los cuales se va a observar u a obtener información.
2. Primero hay que definir el propósito de la visita.
3. Primero hay que identificar el lugar y las personas que se van a visitar.
4. Primero hay que comunicar oportunamente la visita para acordar fecha y hora.
5. Primero es aconsejable memorizar unos cuantos puntos de referencia alusivos a la información que se debe conseguir.

ANEXO 2.-

CUESTIONARIO DE TIPO DE MOTIVACIONES REALIZADO A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE LA RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES-VILLA MARÍA DEL TRIUNFO:

A continuación, encontramos una serie de frases que hacen referencia a tu situación como agente comunitario. Evalúa tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de estas frases y marca con una equis (X) la opción que mejor se ajuste a tu situación. Ten en cuenta que:

TOTALMENTE EN DESACUERDO				TOTALMENTE DE ACUERDO		
1	2	3	4	5	6	7

FRASES	1	2	3	4	5	6	7
1.- El ser agente comunitario puede facilitarme un puesto de trabajo.							
2.-Tengo amigos que son agentes comunitarios.							
3.- Es bueno cuando las ONG o instituciones privadas se acuerdan de nuestro trabajo y nos dan algún regalo o víveres.							
4.- Estoy interesado en aquellos que son menos afortunados que yo.							
5.- La gente cercana a mí quiere que sea agente comunitario.							
6.- El ser agente comunitario me hace sentir importante.							
7.- La gente que conozco comparte un interés por el servicio a la comunidad.							
8.- Cuantos más regalos o incentivos monetarios recibo, más me entusiasmo y quiero seguir siendo agente comunitario							
9.- Por muy mal que me sienta, el ser agente comunitario me ayuda a olvidarlo.							
10.- Estoy verdaderamente interesado por el grupo particular al que estoy ayudando.							
11.-Con el hecho de ser agente comunitario me siento menos solo.							
12.- Como agente comunitario puedo hacer nuevos contactos que podrían beneficiarme en mi carrera profesional o en mis negocios.							
13.- El ser agente comunitario me gusta porque a veces me dan víveres o regalos que ayudan a mi familia.							
14.- Colaborando como agente comunitario dejo en parte de sentirme culpable por ser más afortunado que otros.							
15.- Puedo aprender más sobre la causa para lo cual estoy trabajando.							
16.- El ser agente comunitario aumenta mi autoestima.							
17.- El ser agente comunitario me permite obtener una nueva perspectiva de las cosas.							
18.- El ser agente comunitario me permite explorar diferentes opciones profesionales.							
19.- Siento compasión de la gente que está necesitada.							
20.- Yo pienso que deberían pagarles a los agentes comunitarios.							
21.- Otras personas a las que estoy próxima dan un mayor valor al servicio a la comunidad.							

22.- El ser agente comunitario me permite aprender cosas a través de la experiencia directa.							
23.- Siento que es importante ayudar a otros.							
24.- El ser agente comunitario me ayuda a resolver mis propios problemas personales.							
25.- El ser agente comunitario me ayudará a tener éxito en mi profesión.							
26.- Creo que puedo hacer algo por una causa que es importante para mí.							
27.- El ser agente comunitario es una actividad importante para la gente que conozco mejor.							
28.- El ser agente comunitario es una buena forma de huir de mis propios problemas.							
29.- Puedo aprender cómo tratar diversos tipos de personas.							
30.- El ser agente comunitario me hace sentir necesario.							
31.- El ser agente comunitario me hace sentir mejor con relación a mí mismo.							
32.- La experiencia de ser agente comunitario mejora mi currículum.							
33.- El ser agente comunitario es una forma de hacer nuevos amigos.							
34.- El ser agente comunitario puede ayudarme a conocer a mis propias fuerzas.							
35.- Es mucho el trabajo y no recibimos ningún dinero a cambio.							