

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Análisis crítico de mi experiencia en torno a la implementación  
del taller Nutrición y Cuidado del Entorno (2015-2018)  
del programa SaludArte**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

P R E S E N T A :

**PATSY ARIAS MORENO**

DIRECTOR

**DR. JAVIER GUTIÉRREZ MARMOLEJO**

Ciudad de México, junio de 2021.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi mamá Elvia por enseñarme a no rendirme, a salir adelante pese a todo, a amar la vida, por su apoyo incondicional y por tanto amor brindado en 25 años. Agradezco a mi papá José por ser un gran ejemplo de responsabilidad, de perseverancia, por todo su apoyo para terminar esta Licenciatura y, sobre todo, por el amor que me ha brindado. A mi hermano Christian por ser mi referente, por su apoyo y amor.

Agradezco a Alberto por las enseñanzas, por el apoyo, por esforzarme a ser mejor cada día y aprender que nada es imposible, por todos estos años juntos a pesar de los tiempos difíciles, por tu amor y por compartirme tu tiempo y vida. A Estela por el apoyo en todo momento, por los consejos y por creer en mí.

Agradezco a mi mejor amiga Paty por siempre estar ahí, por escucharme, por los consejos, por confiar en mí, por creer en mí, por el apoyo incondicional, por su amistad y amor.

Agradezco a la UACM por darme la oportunidad de realizar este sueño, por el apoyo para la impresión y empastado de esta tesis, así como por las becas otorgadas. A todas y todos los profesores que me compartieron sus conocimientos. Al profesor Eduardo Flores por su pasión por la ciencia, el arte y la enseñanza, por siempre apoyarme cuando lo necesitaba, a la Profesora Melania Hernández por acercarme al feminismo y por creer en mí.

Agradezco a mi Director de tesis Dr. Javier Gutiérrez Marmolejo por aceptar caminar conmigo esta última etapa, por facilitarme tanto realizar esta tesis.

Agradezco a todas mis amigas y amigos que han formado parte de mi vida y que indudablemente han dejado algo de sus enseñanzas en mí.

# Índice

<b>Introducción</b>	4
<b>Capítulo 1. Marco Referencial</b>	
1.1 Alimentación y nutrición en México	8
1.2 Políticas y programas de alimentación en México	12
1.3 Programa SaludArte	16
1.3.1 Modelo educativo del Programa SaludArte	18
1.3.2 Enfoque pedagógico del taller Nutrición y Cuidado del Entorno	19
1.3.3 Organización temática del taller Nutrición y Cuidado del Entorno	21
1.3.4 Mi participación en el Programa SaludArte	23
<b>Capítulo 2. Marco Teórico</b>	
2.1 Promoción de la salud	27
2.1.1 Conferencias internacionales en Promoción de la salud	30
2.1.2 Pluralidad de la Promoción de la salud	32
2.2 Educación para la salud	35
2.3 Pedagogía de Paulo Freire	39
2.4 Derecho a la salud	42
2.4.1 Derecho a la salud y Protección a la salud	45
2.4.2 Exigibilidad del Derecho a la Salud	49
2.5 Derecho a la alimentación	50
<b>Capítulo 3. Metodología</b>	53

<b>Capítulo 4. Discusión</b>	
4.1 Fases de la sistematización y objetivos de la investigación	58
4.2 Cuarta fase de la sistematización: Reflexiones de fondo	61
4.2.1 Ciclo escolar 2015-2016	61
4.2.2 Ciclo escolar 2016-2017	70
4.2.3 Ciclo escolar 2017-2018	76
4.2.4 Ciclo escolar 2018-2019	81
4.3 Quinta fase de la sistematización: Puntos de llegada	82
4.3.1 Teoría, metodología y sistematización	83
4.3.2 Aportaciones a la licenciatura en Promoción de la Salud	84
<b>Capítulo 5. Consideraciones finales</b>	88
<b>6. Referencias</b>	93
<b>7. Anexos</b>	96

## **Introducción**

La presente investigación tiene como objetivo analizar, desde la Promoción de la Salud en tanto campo académico, y desde la sistematización de experiencias en tanto metodología de investigación, mi proceso pedagógico en el programa SaludArte (2015-2018).

El Programa de Servicios SaludArte, implementado por el Gobierno de la Ciudad de México (2013-2018) en escuelas primarias de jornada ampliada, se constituyó como alternativa de intervención pública para ofrecer bienes y servicios de educación complementaria con el fin de educar para la vida (Gobierno de la Ciudad de México, 2018).

Mi participación dentro del programa SaludArte implicó -entre otras tareas- diseñar, implementar y sistematizar actividades del Taller de Nutrición y Cuidado del Entorno durante los ciclos escolares 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018, así como durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del ciclo escolar 2018-2019. Dicha participación la llevé a cabo en las escuelas primarias “Suave Patria” (2015-2016), “Lic. Alfredo V. Bonfil Pinto” (2016-2017), “Prof. Mario de la Cueva” (2017-2018) -todas ellas ubicadas en la alcaldía Gustavo A. Madero- y en la escuela primaria “Presidente Miguel Alemán” de la alcaldía Benito Juárez (2018-2019). Trabajé con estudiantes de grupos multigrado divididos en: 1) primaria baja (primero, segundo y tercer grados) y 2) primaria alta (cuarto, quinto y sexto grados).

Para el análisis de mi proceso pedagógico tracé cuatro objetivos particulares en coherencia con el objetivo general, a saber: 1) recopilar, ordenar y seleccionar información para la sistematización de mi experiencia; 2) ubicar secuencias didácticas significativas implementadas en distintas fases de mi proceso pedagógico; 3) jerarquizar categorías para el análisis crítico de mi experiencia y 4) diseñar una propuesta para el fortalecimiento de contenidos pedagógicos de la Licenciatura en Promoción de la Salud a la luz de mi experiencia.

La organización capitular de este trabajo se divide en Marco referencial, Marco teórico, Metodología, Discusión, Consideraciones finales, Bibliografía y Anexos. En el marco referencial se ofrece, además de una mirada general sobre el programa SaludArte, elementos para contextualizar las problemáticas que sobre alimentación y nutrición existen en México, temas centrales sobre los que versan los talleres impartidos.

El marco teórico, a su vez, parte del reconocimiento de promoción de la salud y educación para la salud en tanto campos de conocimiento académico con expresiones ideológicas diversas y, dentro de dicha diversidad, se privilegian enfoques que subrayan el derecho social a la salud -en sentido amplio y relacional- como base sustantiva de la construcción teórica y práctica de la Promoción de la Salud.

El apartado metodológico, en consonancia con un enfoque crítico de una Promoción de la Salud comprometida con la transformación de las desigualdades sociales y la construcción

de ciudadanía, incorpora la sistematización de experiencias para el análisis de mi proceso pedagógico no sin dejar de reconocer que la sistematización llevada a cabo en este trabajo fue realizada posterior a mi proceso en SaludArte; es decir, se trata de una sistematización de tipo retrospectivo (Pérez de Maza, 2016).

La articulación entre marco teórico y metodológico para el análisis de la sistematización de mi experiencia, en respuesta a los objetivos trazados para desarrollar esta investigación, puede ser observada en el capítulo Discusión. En las consideraciones finales incluyo reflexiones generales sobre el proceso del que aquí doy cuenta.

En mi papel de promotora de la salud, y tallerista del programa SaludArte durante poco más de tres ciclos escolares, trabajé desde la educación para la salud con el fin de tratar temas mayoritariamente relativos a la alimentación; aunque también tópicos como higiene personal y cuidado del entorno resultaron recurrentes. Durante dicho periodo me enfrenté a distintos retos, vivencias y circunstancias, tanto positivas como negativas, que fortalecieron mi formación como promotora de la salud. Hacer educación para la salud puede resultar, en algunos momentos, difícil. Dichas dificultades me llevaron a reflexionar sobre la forma en que desempeñé la educación para la salud dentro de los talleres de SaludArte. Es así que quise saber qué cosas de las implementadas tuvieron resultados para los aprendizajes de niñas y niños, cuáles no funcionaron y cuáles fueron los motivos por lo que sucedió así. Desarrollar la sistematización de experiencias -pensando a dichas experiencias como el objeto de estudio de esta investigación- me permitió obtener aprendizajes críticos de mi

proceso pedagógico, pude comprenderlas y extraer sus enseñanzas para comunicarlas. Mi interés, en resumen, radica en entender a mayor profundidad lo vivido en SaludArte, descubrir aciertos, errores, formas de superar obstáculos y dificultades o equivocaciones repetidas, con el fin último de recuperar dichos aprendizajes hacia nuevas experiencias en mi trabajo como promotora de la salud.

## 1. Marco referencial

### 1.1 Alimentación y nutrición en México

De acuerdo con Rivera-Márquez *et al.* (2015), la alimentación y la nutrición constituyen un proceso denominado “proceso alimentación-nutrición”, el cual está determinado social e históricamente y se expresa tanto a escala biológica como individual. Uno de los principales cambios relacionados a las principales causas de muerte a nivel global y nacional, así como a la composición de la dieta, se observa a partir de mediados del siglo pasado en concordancia con cambios en la estructura de la población de la mayoría de los países del mundo (Ortiz-Hernández *et al.*, 2006).

De acuerdo con Popkin (como se citó en Ortiz-Hernández *et al.*, 2006), las transiciones alimentarias y nutricionales pueden ser identificadas y clasificadas en las sociedades a partir de períodos caracterizados por patrones específicos de dietas, actividades físicas, tamaño y composición del cuerpo. Ortiz-Hernández *et al.* (2006) indican que actualmente la mayoría de países de ingresos medios y bajos se encuentran en un cambio donde predominan las enfermedades crónicas relacionadas a la nutrición y que esta transición se caracteriza por; a) abandono de las dietas donde había un mayor consumo de cereales y tubérculos; b) adopción de dietas donde se consumen alimentos con alto contenido de energía, grasa saturada y azúcares simples; c) disminución de la actividad física por cambios en las actividades laborales, así como por las mayores facilidades para el

transporte. Lo anterior provoca un aumento de las tasas de sobrepeso, diabetes mellitus, hipertensión y cardiopatía isquémica.

En México, la fuente más importante de información sobre el estado nutricional y alimentario de la población es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) elaborada por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Su edición más reciente corresponde a 2018 (INSP, 2018). La ENSANUT, en su apartado sobre nutrición, proporciona datos sobre -entre otros temas- frecuencias de consumo de alimentos de acuerdo con grupos de edad, estados de nutrición por grupo de edad y actividad física.

En el rubro de consumo de alimentos recomendables para consumo cotidiano, la ENSANUT 2018 señala que, del grupo de edad de 5 a 11 años, el 85% consume agua, el 56% consume lácteos, el 43% consume frutas, el 40% consume carne, el 31% consume huevo y solo el 22% consume verduras. Para este mismo grupo en el rubro de consumo de alimentos no recomendables para consumo cotidiano encontramos que el 86% consumen bebidas no lácteas endulzadas; el 65% consume botanas dulces y postres; el 53% consume cereales dulces, el 38% toma bebidas lácteas endulzadas, el 11% consume carnes procesadas. Este grupo de edad es el que más consumo tiene de alimentos no recomendables de acuerdo a la ENSANUT (2018). Las carnes procesadas han sido catalogadas como carcinógenas para el ser humano y las bebidas endulzadas han sido asociadas con obesidad en niños e identificadas como no recomendables para su consumo,

por lo que resulta fundamental impulsar estrategias para la reducción o el cese de su consumo. En contraste, encontramos que un porcentaje bajo de este grupo de edad consume frutas y verduras. La prevalencia de sobrepeso y obesidad de este grupo es de 35.6%, donde el 18% corresponde a sobrepeso y, el 17.5%, a obesidad. Con respecto a 2012, se puede observar un ligero incremento en la prevalencia de sobrepeso (34.4% en 2012) y, en la prevalencia de obesidad, un incremento más significativo (17.5% en 2012).

Es el área urbana la que tiene el porcentaje más alto en población de 5 a 11 años con sobrepeso y obesidad: 37.9% frente al 29.7% de la rural. De acuerdo a la ENSANUT, estos datos apuntan, desde 2006, a una estabilización del sobrepeso y de la obesidad para niñas y niños de 5 a 11 años.

Para el grupo de 12 a 19 años, el 79% consume agua, 37% lácteos, 35% frutas, 37% leguminosas, 50% carnes, 29% huevo y 24.9% verduras. En el consumo de alimentos no recomendables, el 86% tiene un consumo de bebidas no lácteas endulzadas; el 53.7% consume botanas, dulces y postres; el 35% consume cereales dulces; el 10.9% consume bebidas lácteas endulzadas y el 10% consume carnes procesadas. Este grupo tiene el consumo más alto de bebidas no lácteas endulzadas (refrescos, jugos industrializados, aguas de sabor endulzada) así como botanas, dulces y postres. De acuerdo a la ENSANUT (2018), estos alimentos aportan cantidades importantes de azúcares, grasas y sodio que, a su vez, están asociados a un mayor riesgo de desarrollo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, entre otras.

El porcentaje de población con sobrepeso y obesidad de este grupo etario es de 38.4%, donde el 41% son mujeres y el 35.8% son hombres. En comparación con 2012, es en el grupo de mujeres donde se observa el mayor incremento tanto de sobrepeso como de obesidad con respecto a los hombres. En el área urbana encontramos que el 39.7% de la población de este grupo tiene sobrepeso y obesidad. En el área rural, 34.6% de la población tiene sobrepeso y obesidad.

Para la población de 20 años y más el 86% consume agua, el 47% lácteos, el 49.7% frutas, el 54% leguminosas, el 64.6% carnes, 30% huevo y el 45% verduras. Para el consumo de alimentos no recomendables el 85.8% consume bebidas no lácteas endulzadas; el 35% consume botanas; dulces y postres; el 33.9% cereales dulces; 16.8% bebidas lácteas endulzada; 20% comida rápida y antojitos mexicanos y 7.4% carnes procesadas. Como podemos observar, en todos los grupos etarios existe un porcentaje alto que consume bebidas no lácteas endulzadas y botanas, dulces y postres.

El porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2%, divididos en 39.1% para sobrepeso y 36.1% para obesidad, frente al 71.3% registrado en 2012. En cuanto a género, el 76.8% corresponde a mujeres y el 73% a hombres.

La ENSANUT (2018) destaca que a pesar de que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha mantenido en los últimos doce años, debe destacarse que esta prevalencia es una de

las más altas a nivel mundial. El sobrepeso y la obesidad afectan a siete de cada diez adultos y esto representa un serio problema de salud pública.

## **1.2 Políticas y programas de alimentación y nutrición en México**

México ha desarrollado políticas públicas que, según los objetivos de las mismas, buscan que la población en general, y los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en particular, accedan a alimentos y así lograr la seguridad alimentaria en el país. Se reconoce, a lo largo de la historia reciente, la existencia y la implementación de diferentes programas y políticas encaminadas a mejorar la nutrición, sobre todo de grupos vulnerables, en nuestro país. Barquera *et al.* (2001) identifican dos tipos de programas relacionados a la alimentación, el primero tiene que ver con la producción de alimentos y está dirigido a garantizar la seguridad alimentaria dando subsidios a las actividades productivas y a la producción para el autoconsumo. El segundo tiene que ver con el consumo de alimentos; es decir, con los efectos directos en el estado nutricional de la población y sus pautas de consumo; su objetivo es combatir la pobreza alimentaria por medio de la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas y subsidios.

Es importante identificar entre políticas públicas relacionadas a subsidios de alimentos frente a intervenciones directas sobre nutrición dirigidas a grupos en situación de mayor

vulnerabilidad, como los programas de alimentación complementaria, suplementación alimentaria y educación nutricional. Dentro de estos últimos, debido a su magnitud, destacan los desarrollados por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), como el de Tortibonos (1985-1989), posteriormente convertido en Tortivales (1990), los cuales tenían por objeto proporcionar un kilogramo de tortilla sin costo a las familias de menores ingresos en zonas urbanas que percibían un ingreso igual o menor a dos salarios mínimos (Barquera *et al.*, 2001).

En 1972 se creó Liconsa (Leche Industrializada Conasupo, S.A. de C.V.), rama de CONASUPO y compañía paraestatal que implementó el programa de cupones para leche. Este programa tenía como finalidad apoyar a los hogares más necesitados para tener acceso al consumo de leche fortificada con micronutrientes a un bajo costo (Morales-Ruán *et al.*, 2013).

Tanto el programa de abasto alimentario de tortilla, como el de leche fortificada, fueron criticados por no incluir en sus estrategias el componente educativo.

A partir de 1929, iniciaron los programas de asistencia a la niñez en México. Aquellos relacionados a la alimentación han sido implementados, principalmente, por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Algunos de estos programas son el de raciones alimentarias (Desayunos Escolares-DIF), asistencia social alimentaria a familias, cocinas populares y unidades de servicios integrales, dotaciones gratuitas de leche

en polvo (IMSS-Solidaridad, Liconsa y DIF), medicina preventiva y nutrición, así como el de alimentación familiar (Barquera *et al.*, 2001).

En 1983, ya en el contexto de reformas económicas neoliberales globales y nacionales, se crea el Programa Nacional de Alimentación (PRONAL) como estrategia de ajuste estructural para disminuir el gasto público. El PRONAL, cuyos objetivos se vincularon al aumento del consumo de alimentos en zonas vulnerables, redujo significativamente los subsidios para el consumo y la producción de alimentos (Barquera *et al.*, 2001).

A inicios de la década de los años noventa del siglo XX, durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, se reestructuraron distintos programas sociales y se creó el Programa Nacional Solidaridad (PRONASOL) que incluyó acciones para el bienestar social en áreas como la salud, la alimentación y la educación (Barquera *et al.*, 2001).

En 1995, el Programa de Alimentación y Nutrición Familiar (PANF) fue implementado con el objetivo de apoyar a grupos y regiones con mayor grado de marginación y, progresivamente, descentralizar el combate a la pobreza hacia los estados y los municipios (Huesca *et al.*, 2016). El programa contaba con tres ejes: a) Canasta Básica Alimentaria para distribuir alimentos entre familias indígenas y rurales que cubrieran sus necesidades esenciales; b) Programa de Desayunos Escolares para dar a niñas y niños preescolares y escolares un desayuno con un aporte del 30% de los requerimientos diarios de proteínas y calorías; c) Programa de Apoyo Alimentario en Zonas Urbanas Marginadas para el subsidio

a la tortilla y la dotación de leche y que, al menos hasta inicios del siglo XXI, perduró (Barquera *et al.*, 2001).

A casi un año de la implementación del PANF, éste fue sustituido por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Dicho programa integró educación y salud a la asistencia alimentaria (Huesca *et al.*, 2016). PROGRESA, al igual que PRONAL, surge como medida de ajuste estructural para disminuir el gasto público debido a la crisis económica y caída de los precios del petróleo. En ese mismo contexto, CONASUPO, empresa paraestatal encargada de operar buena parte de los subsidios alimentarios del país por casi 40 años, desapareció en 1999 (Barquera *et al.*, 2001).

PROGRESA fue sustituido por el Programa Nacional de Desarrollo Humano (Oportunidades). Este programa integró las dimensiones de salud, alimentación y educación, así como las transferencias económicas para el combate a la pobreza (Hevia de la Jara *et al.*, 2009).

En 2014, el programa Oportunidades se transformó en Prospera, Programa de Inclusión Social. Prospera, en su área sobre alimentación, destinó apoyo monetario a familias con la finalidad de mejorar la alimentación de las personas beneficiarias. Además de los apoyos económicos, implementó acciones de promoción de la nutrición y de la alimentación saludable para niñas y niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y periodo de lactancia. Este programa, en su área de salud y educación, incorporó la corresponsabilidad

como condición para otorgar apoyos económicos a la población. La corresponsabilidad en salud implicaba registrar a todos los integrantes de la familia en la unidad de salud correspondiente, acudir a las citas médicas programadas y asistir a talleres comunitarios para el autocuidado de la salud. La corresponsabilidad en educación, en tanto, significaba inscribir a niñas y niños en educación primaria, secundaria y media superior en escuelas autorizadas por el programa; así como la obligatoriedad para las y los becarios de los distintos niveles escolares para asistir a clases (Secretaría de Gobernación, 2015).

### **1.3 Programa SaludArte**

En 2013, la Escuela de Administración Pública del Distrito Federal llevó a cabo un diagnóstico para identificar los principales problemas educativos en la Ciudad de México y, de este modo, generar propuestas para mejorar la calidad de la educación en la ciudad. Se determinó que tres problemas resultaban estratégicos para atender: 1) deficiencias en la calidad de la educación, 2) alto índice de sobrepeso y obesidad infantil (hábitos alimenticios no saludables) y 3) desigualdad en el acceso a actividades recreativas complementarias (deportivas, artísticas y culturales) (Gobierno de la Ciudad de México, 2018).

La Secretaría de Educación (SEDU) del Gobierno de la Ciudad de México, para responder a dichas problemáticas, propuso el Programa de Servicios SaludArte CDMX “como una

alternativa de intervención pública que ofrece un conjunto de bienes y servicios de educación complementaria con el fin primordial de Educar para la Vida” (Gobierno de la Ciudad de México, 2018, p. 383).

El Programa de Servicios SaludArte, implementado en la Ciudad de México durante el periodo 2014-2018, ofreció actividades a niñas y niños entre 6 y 12 años inscritos en escuelas de jornada ampliada a nivel primaria en zonas de medio, bajo y muy bajo índice de desarrollo social. Las actividades comprendieron talleres de activación física, nutrición y cuidado del entorno, teatro, danza, artes plásticas, música y canto (Gobierno de la Ciudad de México, 2018).

El taller de nutrición buscó generar en sus estudiantes respeto por su entorno a través de dinámicas como la importancia de elaborar huertos urbanos con perspectivas de autoconsumo, de rescatar espacios, de reciclar, de recuperar, de reducir y de reutilizar. Adicionalmente, incluyó a madres y padres de familia para garantizar el reforzamiento en casa de los conocimientos adquiridos en la escuela para la creación de ambientes saludables con perspectiva de largo alcance (SEDU, s/f).

El Programa SaludArte otorgó, además de actividades educativas, asistencia alimentaria la cual aportaría el 40% del requerimiento diario recomendado para niñas y niños de edad escolar (SEDU, s/f).

### ***1.3.1 Modelo educativo del Programa SaludArte***

El objetivo general del Programa de Servicios SaludArte buscó desde 2013:

Preparar para la vida a niñas y niños de educación básica en las escuelas primarias públicas de jornada ampliada del Distrito Federal, fortaleciendo la formación integral mediante herramientas vinculadas al autocuidado de la salud, la expresión artística y ciudadana a través de la educación complementaria. (SEDU, s/f, p.5)

El modelo educativo de SaludArte, en consecuencia, partió de reconocer el inicio de la formación de hábitos de alimentación en costumbres y tradiciones del entorno familiar que podían ser reforzados, de manera sustantiva, a través de aprendizajes adquiridos en la escuela. El hogar y la escuela fueron caracterizadas como las dos vías principales y responsables de la instauración de hábitos adecuados sobre alimentación y salud. La comunidad educativa formada por escolar, madre/padre de familia, profesor/a/tallerista tendría que mantener una estrecha comunicación para lograr tal objetivo (SEDU, s/f).

El modelo educativo del Programa SaludArte, en coherencia con los planteamientos mencionados en la Conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma durante el año 1992 (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud, 1992), reconoció la importancia de la educación en nutrición y, además, pretendió que niñas y niños adquirieran capacidad crítica para elegir

alimentos saludable en un mundo de cambios constantes y donde se observa tanto una acelerada diversificación de alimentos procesados como pérdidas de estilos de alimentación familiar. Una de las acciones del modelo educativo del Programa SaludArte descansó en incentivar el que niñas y niños, así como sus madres y padres, construyeran consciencia sobre la importancia de comer sanamente mediante el desarrollo de habilidades para permitan distinguir una alimentación saludable y sus beneficios (SEDU, s/f).

El modelo educativo del programa SaludArte otorgó importancia central al aprendizaje basado en la experiencia. Ejemplo de ello fue la articulación de dos importantes intervenciones para potenciar el estado nutricional de niñas y niños: 1) el cambio de hábitos alimentarios a través de la ingesta de alimentos balanceados y la impartición de talleres de educación en nutrición de forma lúdica utilizando como uno de los medios el huerto escolar; así como 2) la práctica de hábitos de higiene a través de la enseñanza de la técnica correcta del lavado de manos y del cepillado de dientes (SEDU, s/f).

### ***1.3.2 Enfoque pedagógico del taller Nutrición y Cuidado del Entorno***

En el programa educativo del componente Nutrición y Cuidado del Entorno, los temas a desarrollar se articularon a las tres dimensiones del concepto de nutrición propuestas por

Macías *et al.* (como se citó en SEDU, s/f): 1) dimensión biológica, 2) dimensión social y 3) dimensión ambiental o ecológica.

La tridimensionalidad del concepto de nutrición abarca la dimensión biológica como proceso indispensable para mantener la vida. En la dimensión social intervienen factores culturales tales como la religión, la educación y los hábitos alimentarios, así como los factores económicos. La dimensión ambiental o ecológica subraya la importancia de la sustentabilidad alimentaria, la utilización de cultivos en tanto fuente de energía, e incluye medidas que apoyan la dimensión nutricional de las poblaciones a partir de la conservación del medio ambiente (SEDU, s/f).

El programa educativo en Nutrición y Cuidado del Entorno fue diseñado para orientar el trabajo pedagógico de las y los talleristas con la finalidad de promover experiencias de aprendizaje activo. A través de la planeación de secuencias didácticas, basadas en los contenidos del programa académico, se dieron a conocer temas como cuidado de la salud, características de una alimentación adecuada, conceptos de un huerto escolar. De este modo, los talleres del programa educativo no partieron de la improvisación y tuvieron un objetivo educativo claro a lo largo del curso. Cada sesión, antes de presentarla frente a grupo, se planeó por escrito tomando en consideración un ambiente lúdico, de respeto y de confianza entre pares. Se estipuló la necesidad de establecer espacios de aprendizaje para fomentar el autocuidado, expresar gustos y preferencias sobre alimentación y vivir procesos de cultivar, preparar y consumir alimentos saludables (SEDU, s/f).

Adicionalmente, el programa educativo incentivó un aprendizaje que rompiera con un modelo de enseñanza tradicional donde niñas y niños fuesen concebidos solamente como receptores de información. Se buscó que las y los estudiantes se sintieran en un lugar de pertenencia y de seguridad, abierto al juego y a la experimentación, donde la motivación fuera el elemento que permita tener iniciativa y desarrollar experiencias a partir de las necesidades de las y los niños (SEDU, s/f).

A la persona tallerista se le encomendó, entre otras tareas, la de establecer reglas que favorecieran un trabajo respetuoso y colaborativo para generar conciencia y autorregulación, de tal manera que niñas y niños desarrollaran habilidades de adaptación, autosuficiencia y responsabilidad. Evaluaciones periódicas y autoevaluaciones, pensadas para que las y los educandos reflexionaran sobre sus logros obtenidos en el proceso formativo y sobre las áreas de interés para complementar su aprendizaje, fueron otras tareas de las y los talleristas (SEDU, s/f).

### ***1.3.3 Organización temática del taller Nutrición y Cuidado del Entorno.***

La estructura temática del taller Nutrición y Cuidado del Entorno se dividió en tres bloques:

I. El autocuidado, las tradiciones y la nutrición; II. Reconociendo los beneficios de una dieta

correcta en su desarrollo y crecimiento y III. Seleccionando alimentos: cultivo, cosecha y alimentación.

Cada bloque, a su vez, contó con los siguientes objetivos (SEDU, s/f):

Que la niña y el niño, partiendo de sus experiencias y de sus habilidades, con el acompañamiento del tallerista adquiriera la capacidad de elegir los alimentos que integran una dieta saludable, y reconozca los beneficios de adoptar hábitos de higiene en su vida diaria (Objetivo del bloque 1).

Promover actividades para fomentar hábitos alimenticios y de salud adecuados para garantizar una alimentación saludable y orientar respecto a los alimentos indispensables para que el organismo funcione de manera correcta y les ayude a un sano crecimiento, comparándolo con otras especies (Objetivo del bloque 2).

Que las y los niños reconozcan áreas, recursos y oportunidades para desarrollar la siembra, cultivo y cosecha de alimentos de fácil producción y aprendan a identificar y utilizar material de reciclado seguro (Objetivo del bloque 2).

Proponer y planear qué platillo tradicional pueden elaborar al finalizar el ciclo escolar con ingredientes que obtengan de su huerto escolar (Objetivo del bloque 3).

A partir del reconocimiento del espacio en la escuela y de las características ambientales de la región, determinar el tipo de huerto y cultivo que se pueden implementar en su escuela: vertical, colgante, en huacales, etc., apoyándose del reciclaje (Objetivo del bloque 3).

Las y los talleristas, para desarrollar las temáticas a la luz de sus objetivos, diseñamos: 1) planeaciones quincenales y posteriormente mensuales con perspectiva de aprendizaje basado en competencias, 2) secuencias didácticas por cada sesión de una hora, 3) evaluaciones al final de cada bloque mediante indicadores de desempeño, 4) autoevaluaciones y 5) presentaciones con evidencias de algunas actividades desarrolladas durante cada bloque. En mi caso, como se describe en Metodología y Discusión, este conjunto de acciones fue realizado para dos grupos: el de estudiantes que cursaban primero, segundo y tercer grados de primaria y el de estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.

#### ***1.3.4 Mi participación en el Programa SaludArte***

Mi participación en el programa SaludArte inició en septiembre del 2015, al segundo año de su implementación. Posterior a mi inscripción en la convocatoria para el ciclo escolar 2015-2016, realicé los exámenes y las entrevistas pertinentes. Fui seleccionada como beneficiaria de este programa para impartir el taller que, en ese momento, se llamaba

Nutrición. En ese mismo año cursaba las últimas materias para concluir el plan de estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud.

Durante el ciclo 2015-2016 trabajé en la escuela primaria Suave Patria y, durante el ciclo 2016-2017, en la escuela primaria Lic. Alfredo V. Bonfil Pinto. Ambas instituciones se ubican en la colonia 25 de julio, alcaldía Gustavo A. Madero. Para el ciclo 2017-2018, fui asignada a la escuela primaria Prof. Mario de la Cueva de la colonia Ampliación Casas Alemán, alcaldía Gustavo A. Madero. Las dos primeras escuelas se ubican en colonias con grado de marginación alto y, la última escuela, en una colonia con grado de marginación medio.<sup>1</sup> En contraste, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del ciclo escolar 2018-2019, participé en la escuela primaria Presidente Miguel Alemán ubicada en la colonia Postal, alcaldía Benito Juárez, y con grado de marginación muy bajo según datos de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO) del Gobierno de la Ciudad de México (SIBISO, 2021).

En la escuela Suave Patria impartí el taller Nutrición para dos grupos de primaria baja y uno de primaria alta. El total de horas a la semana era de seis dividido en dos horas por cada grupo. De acuerdo con la organización del Programa cada grupo debía ser multigrado; no obstante, el coordinador del Programa designado a esta escuela sólo organizó los grupos por grados y asignó a algunas niñas y niños en grados distintos a los

---

<sup>1</sup> Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el índice de marginación es un indicador multidimensional que mide la intensidad de las privaciones padecidas por la población a través de nueve formas de exclusión agrupadas en cuatro dimensiones: educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios (CONAPO, 2016).

que les correspondía. El grupo 01 de primaria baja se componía de 24 niñas y niños. La edad de la mayoría era de 6 años, algunos de 7 y, pocos, de 8 años. El grupo 02 de primaria baja se componía de 18 niñas y niños. La edad de la mayoría era de 8 años, pocos de 7 años y ninguno de 6 años. El grupo de primaria alta se componía de 19 niñas y niños, la edad de la mayoría era de 11 años y, algunos, de 10 años.

Las madres y los padres de familia de esta escuela, a diferencia de lo que el Programa tenía contemplado, se involucraban poco en las actividades, pues la mayoría trabajaba y quienes se hacían cargo de llevar y recoger de la escuela a niñas y niños era algún otro familiar o persona de confianza: hermana(o) mayor, tía(o), abuela(o), vecina(o).

En la escuela Lic. Alfredo V. Bonfil Pinto impartí el taller para un grupo de primaria baja y dos de primaria alta. El total de horas a la semana era de seis, dividido en dos horas por cada grupo. La organización era por grupos multigrado. El grupo de primaria baja se componía de 8 niñas y niños. El grupo 01 de primaria alta se componía de 14 niñas y niños y, el grupo 02 de primaria alta, de 15 niñas y niños. Las madres y los padres de familia en esta escuela se involucraban en las actividades del Programa y lo apoyaban a través de la aportación de algún material que se necesitara.

En la escuela Prof. Mario de la Cueva el total de horas a impartir por semana fue de ocho, divididas en dos horas para cada grupo. Tuve dos grupos de primaria baja y dos de primaria alta, todos ellos organizados en grupos multigrado. Los grupos de primaria baja se

componían aproximadamente de 10 a 12 integrantes y, los de primaria alta, de 12 a 15. Las madres y los padres de familia en esta escuela se involucraban en los talleres y apoyaban en la realización de algunas actividades.

En la escuela Presidente Miguel Alemán impartí el taller a dos grupos de primaria baja y uno de primaria alta. En total se impartieron seis horas a la semana, divididas en dos horas para cada grupo. Los grupos de primaria baja se componían de aproximadamente 15 niñas y niños y el grupo de primaria alta de aproximadamente 18 niñas y niños. Estaban organizados en grupos multigrado.

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Promoción de la Salud**

La Promoción de la Salud, en tanto concepto y práctica, es relativamente reciente. Su conceptualización más moderna emerge en países industrializados de Europa Occidental, Canadá y Estados Unidos hace aproximadamente 40 años. Su desarrollo surge gracias a las críticas hechas a países industrializados y a sus sistemas de salud donde existe una marcada medicalización de la salud, y a pesar de utilizar mecanismos costosos y sofisticados, estos son ineficientes e ineficaces para la atención de la salud de la población (Marchiori Buss, 2008).

Para Czeresnia (2008), el concepto de promoción de la salud se desarrolla una vez que se reconoce la necesidad de controlar los costos -elevados y desmedidos- de enfocarse sólo en la asistencia médica donde los resultados no habrían sido tan favorables para la mejora en la salud. Así es como se toma la decisión de redirigir las prácticas de salud, ampliándose más allá de un abordaje exclusivamente médico, fortaleciendo la relación entre salud y condiciones de vida.

Sigerist (como se citó en Marchiori Buss, 2008), médico e historiador suizo estadounidense, fue de los primeros académicos en abordar el concepto de promoción de la salud cuando definió, en 1945, las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud,

prevención de enfermedades, recuperación de los enfermos y rehabilitación. También propuso educación para la salud gratuita para toda la población, como parte de los lineamientos que debe tomar en cuenta un programa nacional de salud, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de vivienda y el fomento a los medios de recreación y de descanso.

En 1953, los médicos norteamericanos Hugh R. Leavell y E. Gurney Clark desarrollaron el modelo de Historia Natural de la Enfermedad y el concepto de medicina preventiva donde reconocen a la Promoción de la Salud como el nivel más específico y general de prevención de la enfermedad. Su ámbito de acción sería el período prepatogénico de la enfermedad; es decir, la resistencia del huésped hacia los agentes patógenos de la enfermedad y la disminución de la exposición del agente en el medio ambiente (Castro, 1997).

A partir de los años setenta del siglo XX surge un concepto de Promoción de la Salud alejado de los niveles de prevención de la medicina preventiva, con una nueva perspectiva sobre el proceso salud-enfermedad (Castro, 1997). Algunos de los procedimientos de Promoción de la Salud en esta etapa incluyeron patrones de nutrición adaptados a las diferentes etapas de desarrollo, atención en las necesidades para el mejor desarrollo de la personalidad incorporando educación sexual y orientación prenupcial, así como bienestar y buenas condiciones en el hogar y el trabajo. Es decir, se pretendía cambiar los comportamientos de las personas; específicamente, sus estilos de vida y así evitar enfermedades (Marchiori Buss, 2008).

Es en el documento realizado en Canadá en 1974, conocido con el nombre de Informe Lalonde, donde se plantea que la salud de las personas recibe influencia de diversos factores, tales como: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención a la salud, los ambientes sociales y físicos en los que se desarrolla la población. La mayor de las contribuciones de dicho informe en la práctica de Promoción de la Salud fue el enunciar que las personas tienen en el cambio de sus conductas una herramienta para mejorar su salud (Castro, 1997). Este documento consideró a la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponía acciones que tenían que ver especialmente con cambios del estilo social (Cardacci *et al.*, 2012).

En 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud en la ciudad de Alma-Ata, donde se expuso que las poblaciones tienen tanto el derecho como el deber de participar individual y colectivamente en planificar, así como operar, los programas dirigidos a la protección y atención de su salud. Se llegó a la conclusión de la necesidad de dar mayores recursos e importancia a la Promoción de la Salud y a la participación social. Es aquí donde surge la estrategia “Salud para todos en el año 2000” (Cardacci *et al.*, 2012),

Posterior a Alma Ata, emergen conferencias y documentos importantes para la promoción de la salud institucional. Marchiori Buss (2008) afirma que hay tres conferencias internacionales sustantivas, realizadas entre 1986 y 1991, las cuales sentaron las bases conceptuales y políticas de la promoción de la salud. Estas conferencias son: Ottawa (1986), Adelaide (1988) y Sundsvall (1991).

### ***2.1.1 Conferencias internacionales en Promoción de la Salud***

En 1986 se realiza la 1ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud con la participación de 38 países, teniendo como resultado la Carta de Ottawa, la cual se convirtió, a partir de ese momento, en un referente fundamental en el desarrollo de la Promoción de la Salud ya que fue propuesta como la estrategia para fomentar la responsabilidad social en la creación de ambientes propicios para la salud, oportunidades para elegir formas de vida saludables y el desarrollo de capacidades en las personas para tomar decisiones saludables (Castro, 1997). Además, se habló de un concepto de salud desde el bienestar global más allá de estilos de vida saludables, por lo que la Promoción de la Salud ya no era responsabilidad exclusiva del sector salud, sino una acción combinada entre varios sectores junto con la comunidad (Marchiori Buss, 2008).

La Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986) propone cinco campos centrales de acción. El primero es la elaboración e implementación de políticas públicas saludables donde la promoción de la salud tiene la tarea de observar que se lleven a cabo.

El segundo campo es la creación de ambientes favorables para la salud donde se incluye el medio ambiente y la conservación de los productos naturales, así como entornos que faciliten y favorezcan la salud. Otro campo propuesto es el refuerzo de la acción colectiva, donde se fomenta la participación de las comunidades en la toma de decisiones y en las

exigencias para alcanzar un mayor nivel de salud. Este es el concepto que Marchiori Buss (2008) llama *empowerment* y que tiene que ver con que las personas logren “la adquisición de poder técnico y conciencia política para actuar en defensa de su salud” (p.33).

El desarrollo de habilidades personales es otro componente que propone la Carta de Ottawa donde se recupera la educación para la salud, la divulgación de la información en la casa, en la escuela, en el trabajo y en cualquier lugar comunitario resulta central.

El último campo de acción es el de la reorientación de los servicios de salud, donde se propone que los servicios vayan más allá de lo asistencialista y que haya cambios en la formación de las y los profesionales de la salud.

La 2ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se realizó en 1988. Tuvo como tema central políticas públicas saludables. Se identificaron cuatro áreas prioritarias para promover acciones inmediatas en políticas saludables: apoyo a la salud de la mujer; alimentación y nutrición; tabaco y alcohol, así como creación de ambientes favorables (Marchiori Buss, 2008).

La 3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Suecia en 1991, fue la primera en señalar la relación entre salud y ambiente. De acuerdo a Marchiori Buss (2008), se resaltan cuatro aspectos en beneficio de la construcción de ambientes saludables: la dimensión social, que incluye cambios en las relaciones sociales tradicionales y que

pueden amenazar la salud; la dimensión política que requiere que los gobiernos se comprometan con el respeto a los derechos humanos, con la paz y con la participación democrática en procesos de decisión y descentralización de recursos; la dimensión económica, donde se habla de fijar nuevos plazos con referencia a los recursos para alcanzar salud para todos y desarrollo sostenible; y la necesidad de reconocer y utilizar la capacidad y conocimiento de las mujeres en todos los sectores.

Posteriormente se realizaron conferencias en Yakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shanghái (2016).

### ***2.1.2 Pluralidad de la promoción de la salud***

A pesar de las varias conferencias y documentos donde se habla sobre la Promoción de la Salud, ésta se entendía desde distintas concepciones sin que se realizara una discusión conceptual para tener una definición explícita, así como para evitar confusiones y ambigüedades en el término, pero sobre todo poder delimitar la parte operacional (Rosales Flores *et al.*, 2016).

Un ejemplo de las confusiones en el término de Promoción de la Salud es la mencionada por Castro (1997), la que ha llamado “cultura del consumo de la salud”, donde se ha

interpretado a la Promoción de la Salud como el "estilo de vida saludable" que promueve el consumir diferentes alimentos, productos, tecnologías, exámenes y seguros médicos costosos para el mejoramiento de la salud, donde solo las personas con una capacidad económica alta podrán adquirirlos. Este enfoque de la Promoción de la Salud es una visión mercantilizada inherente a las reformas de privatización de la salud de sociedades capitalistas y neoliberales, donde solo se estará "sano" quien más consuma productos.

Lupton (como se citó en Czeresnia, 2008) afirma que la perspectiva conservadora de Promoción de la Salud refuerza la tendencia de disminución de las responsabilidades del Estado, delegando progresivamente a los individuos la tarea de tomar cuidados de sí mismos.

Dentro de la parte práctica se ha tenido confusión para poder hacer una distinción clara entre las estrategias de Promoción de la Salud y las prácticas preventivas tradicionales, regularmente la diferencia entre estas dos se da con más precisión en el contenido teórico, más que en sus respectivas prácticas (Marchiori Buss, 2008).

Las prácticas preventivas están relacionadas con conceptos no de salud, sino de enfermedad, y tienen como base el conocimiento epidemiológico moderno, enfocado en el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y en la reducción de riesgo de enfermedades degenerativas u otros problemas específicos de enfermedad (Czeresnia, 2008).

Zamudio (como se citó en Cantú *et al*, 2012) considera que la prevención de la enfermedad se propone principalmente reducir los factores de riesgo, el daño y la discapacidad y proteger a los individuos y a los grupos contra los agentes agresivos, por lo cual es fundamental una estrategia de tipo ofensivo.

En palabras de Cantú *et al.* (2012), las acciones preventivas son intervenciones que se enfocan en evitar las enfermedades específicas por medio de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, como el control de embarazos, las inmunizaciones, el influir en la progresión de la enfermedad por medio de diagnósticos y tratamientos tempranos o la rehabilitación.

En cuanto a la Promoción de la Salud, ésta tendría un significado más amplio, por lo tanto, la ausencia de enfermedad no es suficiente. Nutbeam (como se citó en Cardacci *et al.*, 2012) afirma que la Promoción de la Salud tiene distintos propósitos y objetivos, entre ellos encontramos el trabajar a la par con las personas y no sobre ellas dentro de las comunidades locales. También incidir en los determinantes sociales que puedan afectar la salud, tanto en los individuos, como en las comunidades y en el medio ambiente, involucrando a todos los sectores sociales y políticos, además de siempre trabajar desde una salud en positivo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (como se citó en Cardacci *et al.*, 2012) la definió como “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las

autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (p.30).

De acuerdo con O’Neill y Stirling (como se citó en Cardacci *et al.*, 2012) la Promoción de la Salud es un campo de intervención específico, que forma parte de la Salud Pública, que tiene como objetivo un cambio en los estilos y las condiciones de vida que afectan la salud. Para lograr dicha intervención en los individuos como en las comunidades puede hacer uso de distintas estrategias, como el activismo político, la organización, el desarrollo comunitario y la educación para la salud. Ya que la Promoción de la Salud es un área donde convergen los conocimientos de otras disciplinas como la sociología, la psicología, la epidemiología, la antropología social, la comunicación y la pedagogía (Cardacci *et al.*, 2012) también puede hacer uso de este conocimiento científico para lograr incidir en la mejora de la salud.

## **2.2 Educación para la salud**

La educación para la salud es una estrategia que generalmente se asocia como un elemento importante para la Atención Primaria en Salud y para la Promoción de la Salud; sin embargo, ha tenido poco desarrollo en las políticas de salud (Bastidas Acevedo *et al.*, 2009).

El concepto de educación para la salud contiene una historia que no puede aislarse del contexto histórico y social de donde surge, es por esto que a lo largo del tiempo se han realizado diferentes interpretaciones tanto del concepto como de la práctica, incluso algunos autores han señalado su falta de base conceptual (Valadez Figueroa *et al.*, 2004).

Después de que se dejó atrás el paradigma biologicista de la medicina, al término del siglo XVIII, se empieza a hablar ya de actividades cotidianas que son factores importantes en el proceso salud-enfermedad, tales como las características del trabajo y los modos de vida, la calidad del agua de consumo, las características de la vivienda, las condiciones de vida miserables, el hambre, la mala higiene y las desigualdades económicas, jurídicas y sociales. Es esta nueva visión del proceso salud-enfermedad que hace posible la incorporación de las ciencias sociales, como la educación, a la medicina (Valadez Figueroa *et al.*, 2004).

Podemos encontrar varios modelos de educación para la salud, Serrano (como se citó en Bastidas Acevedo *et al.*, 2009) nos habla de uno donde los contenidos son elegidos y significados por parte de las y los profesionales de la salud, lo que provoca posiciones poco dialógicas y poco democráticas que no ayudan al empoderamiento de las personas y de las comunidades para que éstas puedan intervenir en la construcción de mejores condiciones de salud y bienestar individual y colectivo. Se ve a los profesionales de la salud como los únicos poseedores de conocimientos para el cuidado de la salud y, por otra parte, los individuos sólo deben aceptar y cumplir sus indicaciones. De acuerdo a Valadez Figueroa *et al.* (2004) este modelo en salud tiene como base la idea del proceso salud-enfermedad

como un fenómeno biológico e individual, donde se individualizan los problemas de salud y por tanto se cree que la solución está en el cambio de conductas de cada persona.

Este tipo de educación para la salud sólo es informativa y conductista, los resultados son limitados pues no responden a los intereses y necesidades de las personas y son poco comprendidos por estos ya que no se toma en cuenta su libre voluntad y restan importancia a sus decisiones conscientes y al pleno uso de su inteligencia (Valadez Figueroa *et al.*, 2004).

Existe otro modelo de educación para la salud que surge al reflexionar que no es suficiente sólo dirigirse a los individuos y al cambio en sus conductas. Este modelo reconoce la influencia de factores sociales, ambientales y de desigualdad económica en el proceso salud-enfermedad, por ello es un modelo político, económico, ecológico y crítico que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad (Valadez Figueroa *et al.*, 2004).

Este es un modelo que ve a las personas como un ser consciente, capaz de comprender, crítico, autónomo y libre, trascendente, transformador, que crea y recrea, conoce y está abierto a la realidad, un ser histórico, social y cultural, que no está solo, sino en relación con el mundo y con otros (Bastidas Acevedo *et al.*, 2009).

Preiswerk (como se citó en Valadez Figueroa *et al.*, 2004) afirma que este modelo no basa el proceso educativo en sólo transmitir un saber, sino en que las personas puedan desarrollar su conciencia para que puedan comprenderse a sí mismas y a sus realidades de forma más integral y así, cada una, pueda tomar las decisiones que considere más apropiadas para su condición y contexto particular.

Valadez Figueroa *et al.* (2004) señalan que es una educación para la salud con una visión crítica y emancipadora, tal como lo es la Educación Popular cuyo trabajo educativo se realiza para y con los sectores populares desde su práctica cotidiana, dentro de una perspectiva de clase, dejando de lado los conocimientos y los efectos en términos de comportamiento, enfocándose en la interacción entre las personas y su realidad.

La importancia de este tipo de educación para la salud alternativa radica en potencializar la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva, no es solamente informativa, ni su objeto de intervención es la conducta sino la estructura social, porque en ella es donde se encuentran las causas de los patrones de morbilidad y mortalidad (Valadez Figueroa *et al.*, 2004).

Para lograr desarrollar este tipo de educación para la salud me parece pertinente conocer las ideas principales que ofrece la teoría pedagógica de Paulo Freire, a quien considero la base que sustenta esta educación para la salud alternativa, pues las dos pretenden utilizar la educación como práctica liberadora. Además, es una teoría que consideré en la elaboración

e impartición del taller de Nutrición y cuidado del entorno y que estudié durante la licenciatura.

### **2.3 Pedagogía de Paulo Freire**

De acuerdo con Freire (2005), existe una dinámica estructural de sociedades gobernadas por intereses de grupos dominantes que da lugar a la existencia de la relación oprimido-opresor donde los opresores niegan la oportunidad de “ser” a los oprimidos, deshumanizándolos, con el fin de controlarlos para continuar con la estructura social que les favorece.

Una manera para mantener esta relación inequitativa es lo que Freire (2005) llama la “educación bancaria”. En este tipo de educación existe una relación de educador-educando donde el educador dirige a los educandos a una memorización mecánica de contenidos, mientras que el educando se convierte en un recipiente que debe ser llenado. Esta educación es; entonces, un acto de depositar “el conocimiento” de aquellos que se juzgan sabios sobre los juzgados como ignorantes. El educador moldea la conciencia del oprimido y le muestra la realidad que le conviene que conozca; el oprimido, al mantenerse como un ser pasivo, no cuestiona y acepta esa realidad como suya, aunque no lo sea, y no desarrolla

una conciencia crítica que pueda ayudarlo a superar la contradicción opresor-oprimido/educador-educando (Freire, 2005).

Estas son algunas de las situaciones que suceden durante la educación bancaria que refuerzan una relación desigual entre educador y educando y que Freire (2005) destaca:

- a) el educador es siempre quien educa; el educando es el que es educado
- b) el educador es quien sabe; los educandos quienes no saben.
- c) el educador es quien piensa, el sujeto del proceso; los educandos son los objetos pensados.
- d) el educador es quien habla; los educandos quienes escuchan dócilmente.
- e) el educador es quien disciplina; los educandos los disciplinados.
- f) el educador es quien opta y prescribe su opción; los educandos quienes siguen la prescripción;
- g) el educador es quien actúa; los educandos son aquellos que tienen la ilusión de que actúan en la actuación del educador.
- h) el educador es quien escoge el contenido programático; los educandos, a quienes jamás se escucha, se acomodan a él.

i) el educador identifica la autoridad del saber con su autoridad funcional, la que opone antagónicamente a la libertad de los educandos. Son éstos quienes deben adaptarse a las determinaciones de aquél.

j) Finalmente, el educador es el sujeto del proceso; los educandos, meros objetos. (p.80)

En contraparte a la educación bancaria, Freire propone la llamada pedagogía del oprimido o liberadora, la que tiene como objetivo “la problematización de los hombres en sus relaciones con el mundo” (Freire, 2005, p.90).

Esta educación es un acto cognoscente, basado en el diálogo; por lo tanto, el educador no debe tratar de imponer su visión del mundo, sino dialogar con el educando sobre la visión de ambos. De igual forma el contenido programático debe ser elaborado con él y no para él, deberá surgir de ambos, no puede ser elección exclusiva del educador. Es importante que el educando se sepa y se sienta sujeto de pensar mediante la dialogicidad de su visión del mundo, en sus sugerencias y las de sus compañeros y así ir construyendo juntos (Freire, 2005).

De acuerdo a Freire (2005), la pedagogía liberadora llegará en dos momentos distintos, pero que se relacionan entre sí. El primero, cuando el oprimido va descubriendo la opresión bajo la que se encuentra, durante la práctica de la dialogicidad, que le permite ser más crítico sobre su realidad y, el segundo, después de la transformación de su realidad opresora.

La educación problematizadora tiene un carácter reflexivo que permite un acto constante de descubrimiento del mundo y de la realidad, una acción-reflexión constante, ambas en relación dialéctica que establecen la praxis del proceso transformador. Una acción-reflexión, ambas en relación dialéctica que establecen la praxis del proceso transformador, convirtiéndose en una pedagogía de los hombres en proceso de permanente liberación (Freire, 2005).

La propuesta pedagógica de Freire, al igual que la Promoción de la Salud crítica, tiene una perspectiva de cambio social y de transformación política mediante el desarrollo de un pensamiento crítico de los individuos, que permite generar un cambio a favor de la dignidad de las personas teniendo como base sustantiva la promoción de una cultura de respeto a los derechos humanos.

## **2.4 Derecho a la salud**

El derecho a la salud se encuentra dentro de los derechos humanos fundamentales, así lo estableció en 1948 la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Además, el derecho a la salud está reconocido en diferentes tratados regionales y numerosas constituciones nacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4° de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) (López Arellano *et al.*, 2015).

De acuerdo con López Arellano *et al.* (2015) cualquier tipo de violación u omisión para el cumplimiento del derecho a la salud es atentar contra la salud y contra la dignidad humana, ya que se limitan el desarrollo y las oportunidades de las personas. Poder garantizar la salud es una obligación de todas las naciones. Sin embargo, para la mayoría de las personas en el mundo, y específicamente en México, las condiciones de salud y el acceso a los servicios no se encuentran cubiertas, pues existen alrededor de 10 millones de mexicanos sin acceso a servicios de salud; además, México tiene la tasa más alta de mortalidad materna entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En las zonas rurales la tercera parte de menores de cinco años tiene talla baja para su edad; la prevalencia de obesidad femenina en México es la más alta del mundo, así como la mortalidad por algunos tipos de cáncer y diabetes. Los problemas cardiovasculares e hipertensión no disminuyen y no se han logrado controlar muchas enfermedades, parasitarias, infecciosas y transmitidas por vector.

El derecho a la salud forma parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) al igual que el derecho a la alimentación, el derecho al agua, el derecho a la vivienda adecuada, el derecho a la educación, el derecho a la protección y asistencia a la familia, el derecho a la seguridad social, los derechos culturales y el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.

Existen diversos instrumentos internacionales, como declaraciones y pactos internacionales, donde se habla sobre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud. Algunos de los principales instrumentos pueden ser consultados en la siguiente Tabla y sus contenidos en el Anexo 1.

**Tabla 1**

*Relación de instrumentos internacionales sobre derecho a la salud y derecho a la protección de la salud*

<b>Instrumento internacional</b>	<b>Fecha</b>
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	1948
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador”	1988
Carta Social Europea	1961
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea	2000
Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos	1981

*Nota.* Elaboración propia a partir de López Arellano *et al.* (2015).

El derecho a la salud, además, es reconocido como componente sustantivo de otros derechos en otros tratados internacionales. Entre ellos destacan la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, de 1965; en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979; y en la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989.

#### ***2.4.1 Derecho a la salud y derecho a la protección a la salud***

El derecho a la salud en México fue reconocido por primera vez cuando se realizó la reforma al artículo 4º constitucional, el 3 de febrero de 1983.

El artículo quedó de la siguiente manera:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [PEUM], 2021)

Realizando un análisis de la reforma al artículo 4º podemos observar que en vez de hablar del derecho a la salud en su forma más amplia y en los múltiples componentes que conforman este derecho, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sólo se enfoca en el derecho a la protección de la salud, en donde se limitan a especificar la obligación del Estado a prestar servicios de salud y, específicamente, a garantizar su acceso (López Arellano *et al.*, 2015).

Aunque México se ha centrado en la protección de la salud, es importante mencionar que tampoco se ha llegado a cumplir en su totalidad este derecho, es por esto que López Arellano *et al.* (2015) aportan recomendaciones necesarias para que el Estado pueda garantizar el cumplimiento de este derecho. Dentro de estas recomendaciones se encuentra que el Estado mexicano garantice políticas públicas con enfoque de derechos humanos y donde el derecho a la protección de la salud forme parte de éstas. Es importante que la administración de salud en México no descuide el principio de máximo uso de recursos disponibles y de garantía del nivel mínimo del derecho ya que éstas guardan estrecha relación con las obligaciones que sustentan la garantía de la calidad como parte del derecho a la protección de la salud.

También recomiendan que las acciones realizadas en materia de atención a la salud se basen en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho. En este sentido, la idea de la creación de un sistema de atención universal de salud solo puede darse cuando el Estado garantice iguales oportunidades de servicio a quien lo requiera sin importar su capacidad de

pago y así poder alcanzar equitativamente el más alto nivel posible de salud. Esto implica garantizar el derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud de buena calidad, efectivos, seguros, suficientes y oportunos para que la atención sea un verdadero atributo del derecho a la protección de la salud.

En 2001 se dio a conocer la Observación General 14, la cual trajo un cambio en la visión respecto al derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud. La Observación General 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) señala que el derecho a la salud no se refiere sólo al derecho de estar sano, pues encierra muchas otras libertades y derechos, como por ejemplo la libertad y el derecho a controlar la salud y el cuerpo; a no padecer injerencias; a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Por otra parte, también se encuentra el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Este mismo documento señala que el derecho a la salud es un derecho inclusivo que además abarca la atención de salud oportuna y apropiada. También toma en cuenta los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

De igual forma, en la Carta de Brasilia se habla sobre la salud como un derecho humano universal que es deber del Estado garantizar y de cómo está relacionado con determinantes sociales, tales como la alimentación sana y segura; derecho al trabajo digno y valoración del trabajo reproductivo; ingresos adecuados; manejo sustentable de los recursos naturales y renovables; vivienda digna con saneamiento ambiental, participación ciudadana democrática, acceso universal a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, políticas públicas sociales inclusivas y relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa. Lo que permite observar que los determinantes de la salud, como el derecho a la salud, son indivisibles e interdependientes.

En resumen, el derecho a la salud, al igual que muchos otros derechos humanos es bastante complejo ya que para poder ser cumplido es necesario que otros derechos sean garantizados, entre estos se encuentra el derecho a la protección de la salud, el cual es solo una parte para poder gozar del derecho a la salud en su sentido más amplio. Al lograr que las personas puedan disfrutar de todos estos derechos, y además exigir garantizarlos cuando no se están respetando, es entonces cuando se podrán alcanzar mejores condiciones de vida y de salud.

### ***2.4.2 Exigibilidad del derecho a la salud***

Para lograr satisfacer cualquier derecho humano es necesario que existan los mecanismos que permitan a las personas exigir su cumplimiento al Estado, a esta capacidad de reclamo se le llama “exigibilidad”. Existen dos vías de exigibilidad de un derecho. Una sería la exigibilidad política, la cual tiene que ver con mecanismos de presión hacia el Estado para cumplir con sus obligaciones; por ejemplo, las denuncias periodísticas, informes de organizaciones que defienden derechos humanos, manifestaciones públicas, entre otras.

La segunda vía sería la exigibilidad jurídica, tiene que ver con la defensa de los derechos humanos ante instancias jurisdiccionales nacionales e internacionales. Son los medios legales con los que cuenta una persona para exigirle al Estado el cumplimiento de las obligaciones que le permitan gozar de ese derecho. Además, es necesario contar con la incorporación del derecho en las leyes, con la infraestructura física, administrativa y técnica y contar con los recursos financieros que permitan la operación de las instancias judiciales, así como la formación de recursos humanos especializados, tales como jueces, abogados, profesores, que contribuyan a garantizar el derecho. Es necesario establecer de manera precisa quiénes son los titulares del derecho, personas, grupos, comunidades; y quiénes los sujetos obligados, autoridades políticas y técnicas, funcionarios, administradores (Rivera-Márquez *et al.*, 2015).

Como lo menciona Suárez (como se citó en López Arellano *et al.*, 2015):

Lo que permite que un derecho humano sea alcanzable es la capacidad de sus beneficiarios para reclamar al Estado el cumplimiento de las obligaciones que tiene al incluir el derecho en su constitución o firmar los tratados internacionales. Si los derechos no son exigibles no son propiamente derechos, sino simples aspiraciones o resultado de acciones caritativas. (p. 46)

Ejemplo de lo anterior lo tenemos en el derecho a la alimentación, tema que presento a continuación y el cual, a pesar de encontrarse estipulado en la Constitución Política de México, no cuenta con las vías para hacerlo exigible.

## **2.5 Derecho a la alimentación**

El derecho de todo ser humano a disponer de una alimentación suficiente y adecuada se reconoció en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y en el PIDESC como derecho social en 1966. Se admitió que todos los seres humanos tienen derecho a disfrutar de una alimentación adecuada y a no padecer hambre. Aunque el derecho a la alimentación incluye el derecho a no padecer hambre, también debería incluirse el derecho a no padecer sobrepeso y obesidad, que son padecimientos especialmente graves entre las y los niños (Rivera-Márquez *et al.*, 2015).

A pesar de que este derecho tiene más de 50 años que surgió, en 2015 la Organización de las Naciones Unidas confirmó que existían 842 millones de personas con hambre en el mundo y 100 millones de niños con un peso inferior al normal. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) señaló en uno de sus informes que 27 millones y medio de mexicanos sufren de carencia alimentaria, lo cual nos hace reconocer que las acciones realizadas tanto en el mundo como en México no han sido suficientes para lograr satisfacer el derecho a una alimentación diversa, sana y culturalmente aceptable. Sin embargo, es importante mencionar que el derecho a la alimentación no debe interpretarse como la obligación de “ser alimentado” por el Estado, sino a poder acceder a los alimentos mediante los propios medios de cada persona, contando con una libertad real para la elección de su alimentación-nutrición. En los únicos casos en los que el Estado debe hacerse cargo directamente de garantizar el derecho a la alimentación es en situaciones de guerra, catástrofes, o cuando las personas no puedan alimentarse con sus propios recursos (Rivera-Márquez *et al.*, 2015).

A partir de la propuesta hecha en la Observación General 12, Rivera-Márquez *et al.* (2015) realizan un resumen sobre las características que se deben tomar en cuenta para una alimentación adecuada (Tabla 2, Anexo 2).

A pesar de que es el Estado quien está obligado a respetar, proteger, satisfacer y garantizar todos los derechos humanos y en específico el derecho a la alimentación, en el caso de México es importante mencionar que no existen las vías para lograr hacerlo exigible ya

que, al menos hasta 2015, el gobierno no había querido firmar el Protocolo Facultativo del PIDESC que es un instrumento legal medular para lograr que el Estado cumpla sus obligaciones de garantizar el derecho a la alimentación y, en general, cualquier derecho social. Esto tiene como consecuencia no poder denunciar las violaciones a derechos sociales, incluyendo las del derecho a la alimentación, ante las instancias correspondientes como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (Rivera-Márquez *et al.*, 2015).

Sin embargo, existen otros instrumentos jurídicos internacionales con carácter vinculatorio a los que el Estado mexicano se ha adherido, y que incluyen el derecho a la alimentación, estos son: la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño y el Convenio de Ginebra relativo a la Protección de Personas Civiles en Tiempos de Guerra (Rivera-Márquez *et al.*, 2015)

Como ya fue mencionado, el derecho a la alimentación, el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, al igual que otros derechos humanos, están estrechamente vinculados entre sí y determinan las condiciones de salud, por lo que considero que, como promotora de la salud, trabajar desde una perspectiva de respeto y garantía de los derechos humanos es fundamental para garantizar un mejor nivel de salud y de vida.

### **3. Metodología**

Mi primer acercamiento a la sistematización de experiencias, en tanto metodología aplicada en el campo de la promoción de la salud, se remonta a mi participación en el taller Habilidades para la Vida, proyecto llevado a cabo en el plantel Centro Histórico de la UACM durante el semestre 2016-II donde, junto a otras compañeras, impartimos el taller “Habilidades para la vida” a estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud. Al finalizar el mismo sistematizamos la experiencia, proceso que me resultó académica y metodológicamente relevante para ser incorporado en futuros proyectos.

Por lo anterior, consideré pertinente utilizar dicha metodología para analizar mi experiencia como tallerista en el Programa SaludArte y así comprenderla a mayor profundidad para valorarla y mejorarla. Adicionalmente, esta comprensión me ayudó a reflexionar sobre mi formación académica en la Licenciatura en Promoción de la Salud y, de este modo, realizar propuestas para fortalecer la Licenciatura.

Utilizar la sistematización de experiencias permite reconstruir lo sucedido a partir de la interpretación crítica de una o varias experiencias que, con ordenamiento y reconstrucción, nos acercan a entender la lógica del proceso vivido, así como los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La sistematización de experiencias, como señala Oscar Jara (s/f), produce conocimientos y aprendizajes significativos que facilitan la apropiación de sentido de las experiencias,

además de ayudar a comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.

De acuerdo con la temporalidad del proceso de sistematización, la sistematización realizada en la presente investigación fue de tipo retrospectiva ya que se realizó una vez finalizada la experiencia y se reconstruyó su ruta “hacia atrás” para identificar y analizar cómo fue que se desarrolló la experiencia (Pérez de Maza, 2016).

Jara Holliday (s/f) propone cinco tiempos para la realización de la sistematización de alguna experiencia:

1. Punto de partida: la experiencia vivida.
2. Las preguntas iniciales.
3. La recuperación del proceso vivido.
4. Las reflexiones de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó?
5. Los puntos de llegada.

El punto de partida de mi trabajo radica en mi incorporación como tallerista al programa SaludArte en 2015 y mi consecuente participación hasta 2018. Para ello, recopilé todos los registros a mi alcance como planeaciones, fotos, productos finales, evaluaciones de bloque, material didáctico, entre otros.

Formulé tres preguntas como parte de las preguntas iniciales. La primera de ellas, ¿para qué quiero realizar esta sistematización?, me ayudó a identificar el objetivo de sistematizar mi experiencia: interpretar críticamente mi experiencia para comprenderla a profundidad y mejorar mi práctica como facilitadora de talleres y promotora de la salud. Esto, a su vez, me ayudaría a reflexionar sobre mi formación académica en la Licenciatura en Promoción de la Salud y pensarla, sobre todo, con relación a mi ejercicio pedagógico en el Programa SaludArte.

La segunda pregunta desplegada en dos momentos, ¿qué experiencia(s) quiero sistematizar? y ¿qué aspectos centrales de dichas experiencias me interesa sistematizar?, me ayudaron a delimitar y precisar un eje de sistematización. Una vez que el periodo total de mi experiencia en el programa SaludArte es largo, poco más de tres años, fue necesario elegir un eje de sistematización tomando en consideración que, un eje de sistematización se define en tanto hilo conductor que atraviesa la(s) experiencia(s) y que se limita a los aspectos centrales que nos interesa sistematizar evitando la dispersión en el análisis y reflexión crítica. El eje que guía la presente sistematización es mi proceso pedagógico como facilitadora del taller Nutrición y cuidado del entorno

La tercera pregunta, ¿qué fuentes de información vamos a utilizar?, orienta la identificación y ubicación de información para recuperar el proceso de la experiencia y, en consecuencia, ordenar sus principales elementos. Permite considerar si es necesario conseguir mayor información vía entrevistas, búsqueda documental, revisión de archivos, etc. Se busca, en esta fase del proceso, centrarse en aquellos registros referidos al objeto que se ha

delimitado y los que se refieren al eje de sistematización para no perder tiempo en recopilar información que no será utilizada. La información recopilada para el análisis de esta investigación fueron planeaciones, fotos y videos de las actividades realizadas en el taller, así como trabajos realizados por niñas y niños que participaban en el taller.

La recuperación del proceso vivido ordena y clasifica la información recopilada. Implica organizar la información disponible sobre los distintos componentes de la experiencia en respuesta al eje de sistematización. En este caso, la información fue ordenada de acuerdo a tres variables: 1) ciclo escolar, 2) bloque y 3) nivel de enseñanza.

En la recuperación del proceso vivido se reconstruye ordenadamente lo sucedido de forma cronológica y de acuerdo con el período delimitado. Lo anterior da una visión global de los principales acontecimientos del período. Es aquí donde se pueden identificar los momentos significativos, las principales opciones realizadas, los cambios que fueron marcando el ritmo del proceso y ubicar, en consecuencia, las etapas del proceso (Jara Holliday, s/f). Dicha elección fue delimitada a diez actividades: tres por cada uno de los ciclos escolares 2015-2016, 2016-2017 y 2017-2018 y una al ciclo escolar 2018-2019. De las diez actividades, además, tres corresponden a actividades implementadas en grupos de primaria baja, cuatro en grupos de primaria alta y tres en grupos de estudiantes tanto de primaria baja como de primaria alta.

Las reflexiones de fondo, a su vez, abren la interpretación de lo previamente reconstruido de la experiencia. Llevan a la formulación de interrogantes a partir del análisis de cada

componente de la experiencia y de las relaciones entre los distintos componentes. La interpretación crítica retoma interrogantes para indagar las causas de lo sucedido; identifica tensiones y contradicciones, interrelaciones entre elementos objetivos y subjetivos; se pregunta por la lógica de lo sucedido; confronta hallazgos con otras experiencias para establecer posibles relaciones; analiza las reflexiones de la experiencia desde los planteamientos teóricos elegidos. Estas características de la reflexión de fondo, en consecuencia, sustentan la interpretación de mi experiencia en SaludArte.

Finalmente, de los puntos de llegada planteados por Jara Holliday (s/f) a partir de dos componentes: 1) conclusiones y recomendaciones y 2) productos de comunicación, y en coherencia con el objetivo general y los objetivos particulares de esta investigación, no fue considerado el segundo componente más allá de pensar al producto de esta investigación -la tesis y la defensa de la tesis- como proceso de construcción de diálogo. Los puntos de llegada de este trabajo, en consecuencia, radican sobre todo en identificar: 1) afirmaciones -teóricas o prácticas- como resultado del proceso de sistematización, 2) puntos de partida para nuevos aprendizajes y 3) enseñanzas para el futuro

## 4. Discusión

### 4.1 Fases de la sistematización y objetivos de la investigación

Retomo los objetivos de esta investigación, así como elementos de las cinco fases de la sistematización propuestas por Jara Holliday (s/f), para guiar el análisis de mi experiencia en diálogo con los presupuestos de mi marco teórico y de mi marco referencial; es decir, desde una Promoción de la Salud que incorpora el reconocimiento del derecho a la salud de manera amplia y relacional al conjunto de derechos económicos, sociales y culturales -incluyendo alimentación y educación- en un contexto históricamente determinado.

La primera fase de la sistematización de mi experiencia responde al primer objetivo particular de esta investigación -recopilar, ordenar y seleccionar información- y, la segunda fase de la sistematización, referente a preguntas iniciales, apoyaron la delimitación del análisis: 1) ¿para qué quiero realizar esta sistematización?, 2) ¿qué experiencia(s) quiero sistematizar?, 3) ¿qué aspectos centrales de dichas experiencias me interesa sistematizar? y 4) ¿qué fuentes de información vamos a utilizar? Las preguntas iniciales, segunda fase de la sistematización, me llevaron a formular el eje de sistematización: mi proceso pedagógico como facilitadora del taller Nutrición y cuidado del entorno.

Tercera fase de la sistematización. La recuperación de mi proceso vivido -en tanto facilitadora del taller Nutrición y cuidado del entorno y con información ordenada bajo las variables 1) ciclo escolar, 2) bloque y 3) nivel de enseñanza- responde al segundo objetivo particular de la investigación: ubicar secuencias didácticas significativas implementadas en

distintas fases de mi proceso pedagógico. El carácter significativo de las secuencias didácticas, las cuales pueden ser consultadas en la Tabla 3, radica en su aporte a los aprendizajes de la experiencia pedagógica.

**Tabla 3**

*Secuencias didácticas significativas del Taller Nutrición y Cuidado del Entorno*

<b>Secuencia didáctica</b>	<b>Ciclo escolar</b>	<b>Bloque</b>	<b>Nivel de enseñanza</b>	<b>Tema</b>
1	2015-2016	1	Primaria baja	Los sentidos
2	2015-2016	1	Primaria alta	Conceptos básicos de nutrición
3	2015-2016	2	Primaria baja y alta	Huerto escolar
4	2016-2017	3	Primaria baja	Aparato digestivo
5	2016-2017	2	Primaria alta	Platillos saludables

6	2016-2017	2	Primaria alta	Huerto colgante
7	2017-2018	3	Primaria baja	Las partes de la planta
8	2017-2018	2	Primaria alta	Hábitos de higiene
9	2017-2018	2	Primaria baja y alta	Germinación de semillas
10	2018-2019	1	Primaria alta y baja	Herbolaria

Finalmente, la cuarta y quinta fases de la sistematización -reflexiones de fondo y puntos de llegada- responden al tercer y cuarto objetivo particular: jerarquizar categorías para el análisis crítico de mi experiencia, diseñar una propuesta para el fortalecimiento de contenidos pedagógicos de la licenciatura en promoción de la salud a la luz de mi experiencia y, sobre todo, al objetivo general: analizar, desde la Promoción de la Salud y la sistematización de experiencias, mi proceso pedagógico en el programa SaludArte (2015-2018).

## **4.2 Cuarta fase de la sistematización: Reflexiones de fondo**

De manera cronológica a través de los cuatro ciclos escolares en los que participé, y tomando en cuenta las diez secuencias didácticas significativas seleccionadas para el análisis, se presentan las siguientes narrativas que apuntalan las reflexiones de fondo.

### ***4.2.1 Ciclo escolar 2015-2016***

#### **4.2.1.1 Preámbulo.**

Previo a iniciar el trabajo en la escuela primaria Suave Patria se realizó una reunión con talleristas para explicar el funcionamiento del Programa. Se nos informó que las y los talleristas eran quienes se hacían cargo de elaborar y elegir las actividades más pertinentes de cada una de las sesiones del taller de acuerdo al temario proporcionado por la coordinación de nutrición del Programa. Para ello, nos facilitaron un formato de planeación; el cual, en un inicio, creí que no sería complicado llenar una vez que contaba con nociones de cómo elaborar una carta descriptiva. No obstante, encontré algunas dificultades en ciertos apartados del formato de planeación donde se pedía desarrollar tipos de contenido: conceptual, procedimental y actitudinal. En esa etapa, yo no tenía tanto conocimiento sobre conceptos que se manejan en la pedagogía del sistema escolarizado, por lo que esta fue de las primeras complicaciones que tuve y que logré resolver teniendo que

investigar sobre estos conceptos y cómo elaborarlos, además de preguntar a amistades con formación en pedagogía sobre este tema.

Se informó que los grupos a asignarnos serían multigrado con el objetivo de favorecer una integración entre pares de diferentes grupos. En ese momento no tenía mucha experiencia en cuanto a facilitar talleres y, ninguna experiencia, impartiendo talleres a niñas y niños. El taller que impartí durante mi periodo de estudiante durante la licenciatura fue al realizar el servicio social y fue para mujeres adultas y posteriormente impartí el taller de Habilidades para la vida para estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud, plantel Centro Histórico. Contaba con algunas bases teóricas sobre la pedagogía propuesta por Paulo Freire, sobre Educación Popular y sobre la importancia del aprendizaje basado en la experiencia. En cuanto al manejo de grupos, y sobre todo grupos de niños, en general eran pocas.

El coordinador del Programa en la escuela Suave Patria me informó cuáles eran los grupos a los que les impartiría el taller: dos grupos de primaria baja y uno de primaria alta. En ese momento, me pareció que sería más sencillo implementar actividades para estudiantes del grupo de primaria alta por tener mayores habilidades en lectura y escritura en comparación con estudiantes de los grupos de primaria baja, donde se mezclaban quienes sabían leer y escribir con quienes apenas estaban aprendiendo. Pensé que esa diferencia dificultaría encontrar actividades

para desarrollar los temas y para integrar a niñas y niños con distintos niveles de lectura y escritura.

Las planeaciones trimestral y semanal del taller la realicé quince días después del inicio del ciclo debido a un retraso en la entrega de los formatos por parte de los responsables del Programa. A pesar de que éste llevaba ya dos años en implementación, seguía mostrando problemas en cuanto a su organización. Esta situación provocó un retraso para iniciar el taller, pues al ser mi primer ciclo no tenía conocimiento del contenido temático y, por lo tanto, no podía realizar las secuencias didácticas.

Junto a los formatos de planeación, llegó un formato para realizar un diagnóstico de los grupos. En este documento se recopilaron datos contextuales de la escuela e información sobre algunas características de los grupos. A pesar de que realicé este diagnóstico, no utilicé dicha información para realizar la planeación del taller ya que en ese momento no logré entender cómo esa información podría ayudarme en la elaboración de las planeaciones. Esta falta de entendimiento, me parece que se dio por la inexperiencia que tenía en ese momento. Fue hasta el segundo ciclo que logré entender cómo esta información me ayudaba a realizar una planeación acorde al contexto en el que se encontraban los grupos.

#### **4.2.1.1 Los sentidos.**

Al implementar las actividades de acuerdo a la planeación que realicé para los dos grupos de primaria baja, me di cuenta de que no podía llevar a cabo las mismas actividades para los dos grupos al ser niñas y niños de distintas edades. En consecuencia, para la mayoría de temas implemente dos actividades diferentes.

Para el tema “Los sentidos”, la actividad para el grupo 01 de primaria baja fue elegir por equipos un sentido y, posteriormente, escoger de varias imágenes las vinculadas con el sentido elegido. Al final pegarían estas imágenes en una cartulina dibujando la parte del cuerpo a la que pertenecía ese sentido presentando y explicando su trabajo al grupo. Para el grupo 02 la actividad fue formar equipos y jugar con un memorama de los sentidos que yo elaboré. Después de varios juegos, en plenaria se hablaría de la importancia de los sentidos.

Los dos grupos tuvieron interés en realizar las actividades. Me di cuenta que al grupo 01 le gustaban las actividades relacionadas a dibujar, iluminar, utilizar plumones, recortar, construir y/o armar cosas ya que en esa etapa etaria se están desarrollando habilidades motrices que pueden ser estimuladas a partir de dichas actividades. El desarrollo de las etapas del ser humano es un tema que estudié en la licenciatura y que me ayudó a entender que cada niña y niño tienen habilidades y gustos diferentes de acuerdo con su edad.

#### **4.2.1.2 Conceptos básicos de nutrición.**

Desde un inicio, con el grupo de primaria alta tuve más dificultades para que se interesaran en los temas. Decían que estos eran muy aburridos y que siempre era hablar sobre el Plato del buen comer. Por ello, me costó mucho trabajo encontrar nuevas actividades para los temas que ya habían visto en ciclos anteriores y además que mostraran interés por nuevos temas sobre nutrición y alimentación.

Una de las primeras actividades que realicé con este grupo fue sobre conceptos básicos de nutrición. Aquí, se tenía que resolver un crucigrama sobre los conceptos. Esta actividad no fue del interés del grupo una vez que los conceptos en el crucigrama resultaron muy especializados y, por ello, no encontraban sentido para su aprendizaje. A pesar de la explicación ofrecida sobre dichos conceptos previo a la realización del crucigrama, los significados no quedaron claros. Al darme cuenta de esto, decidí que contestaríamos entre todo el grupo el crucigrama y yo iría explicando a qué se refería el concepto cuando éste no fuese entendido. A pesar de que cambié la forma de realizar la actividad, no mostraron interés por el tema y posteriormente al preguntarles sobre estos conceptos ya no los recordaban. Con esto me di cuenta que tanto la actividad del crucigrama como el tema presentado no se hicieron de una manera adecuada.

En cuanto al tema de las características del Plato del bien comer observé que, si bien decían que era un tema que ya les aburría y que habían visto en los dos ciclos

anteriores, aún tenían algunas dudas. En el grupo de los cereales, por ejemplo, la mayoría no ubicaba ejemplos de estos; inclusive, había quienes pensaban que los cereales de caja pertenecían a este grupo. Para el grupo de leguminosas y origen animal tenían dudas sobre qué alimentos pertenecían a este grupo. Por ello, diseñé una actividad para facilitar el aprendizaje de los alimentos que pertenecen a cada rubro. Adapté el juego Basta para repasar los alimentos y sus grupos. Por equipos tenían que encontrar un ejemplo de cada grupo de acuerdo con la letra que tocara. Esta actividad les gustó realizarla por lo que fue implementada durante varias sesiones. Haber presentado la actividad como un juego, y no como una clase donde hay que memorizar cosas, fue lo que hizo que la aceptaran y mostraran interés.

#### **4.2.1.3 Huerto escolar.**

Una actividad realizada por los dos grupos de primaria baja, y el grupo de primaria alta, fue la de germinación de semillas y huerto escolar. Elegí esta actividad para la sistematización, ya que fue del interés de los tres grupos.

Realizar esta actividad no fue sencillo, era obligatorio realizarla y, al finalizar el ciclo, se debía presentar un platillo realizado con lo que se cosechara del huerto. Sin embargo, no teníamos el material para realizar el huerto. Por parte de la Secretaría de Educación sólo se nos proporcionaron las semillas casi cuatro meses después del

inicio del ciclo y se nos dijo que, para contar con tierra y huacales, nos apoyáramos de las mamás y de los papás. No obstante, el coordinador no lo autorizó ya que en las reglas de operación del Programa se especificaba que era un programa gratuito y que no pedía nada a las personas para participar, lo cual podría provocar inconformidades en madres y padres de familia. Para resolver este problema decidí comprar los huacales y la tierra, además de sumar algunas semillas que ya había adquirido.

Al realizar la actividad, las y los niños querían saber cómo es que crecía un chile, un tomate, una zanahoria, etc. También mostraban interés en regar y cuidar las semillas y, posteriormente, la planta. Observé que esta actividad les llamó la atención porque la dinámica era diferente. Salíamos al patio a realizar la actividad, lo cual ayudó a que ésta fuese percibida como un juego y, por tanto, a que se mostraran menos renuentes a realizarla. Incluso, facilitaba el trabajo en equipo. El grupo 01 de primaria baja fue el que mostró mayor interés, algunos de sus integrantes se acercaban a preguntarme cómo estaban sus semillas o plantitas en días donde no teníamos sesión del taller.

Ya que la escuela me comentó que no se podía hacer responsable de los germinados de semillas en el horario matutino, tuve que llevarme las semillas que estaban germinando a mi casa. Las llevaba a la escuela solamente una vez a la semana para que los grupos pudieran verlas y ponerles agua ese día. Una vez que las semillas

germinaron se habilitó un espacio para construir el huerto con huacales. Se logró cosechar del huerto, rábanos y jitomates.

#### **4.2.1.4 Otras reflexiones del ciclo escolar 2015-2016.**

A diferencia de lo que pensé al inicio del ciclo escolar, en el sentido de que las actividades para primaria baja serían más complicadas para implementar y las de primaria alta más fáciles debido a las habilidades de cada grupo, resultó ser lo contrario. Sólo había pensado en la escritura y en la lectura como dificultades o como apoyos. Observé que la mayoría de las actividades para primaria baja que no involucraban leer o escribir funcionaron mejor, las niñas y los niños se interesaban en hacerlas. En el grupo de primaria alta, aunque sus integrantes sabían leer y escribir, había una actitud apática hacia el taller, lo que complicaba realizar las sesiones. No había pensado que podrían existir otras dificultades como la poca participación e interés por temas de nutrición hasta el momento en que estaba ya facilitando el taller.

A pesar de haber estudiado teorías sobre otras formas de enseñanza y aprendizaje, me di cuenta que tenía interiorizado que para “enseñar” algo, o “aprender”, era necesario leer y escribir. También corroboré lo que algunas propuestas pedagógicas señalan sobre las actividades lúdicas como herramienta para llegar a un aprendizaje.

El manejo de grupo fue otra situación que no fue tan sencilla de manejar en este ciclo por la cantidad de participantes en cada grupo. Para mejorar, me apoyé de mis compañeras talleristas con más experiencia en la interacción con niñas y niños preguntándoles qué estrategias utilizaban para un mejor manejo de grupo. También me ayudó mucho asistir a las reuniones que el propio Programa realizaba cada mes, donde participamos todas las y los talleristas, para intercambiar experiencias, consejos, estrategias de manejo de grupo, actividades que funcionaran en nuestros grupos, entre otros elementos. Ahí pude conocer otras formas de trabajo para los talleres. De ahí tomé actividades y estrategias para implementar con mis grupos.

Uno de los factores externos que afectó la impartición de los talleres era la elevada inasistencia de niñas y niños, situación que obstaculizó el avance de los temas. Constantemente había que repetir actividades y contenidos. Para dar repasos a quienes no habían asistido, les pedía a aquellas y aquellos que habían visto un tema que les explicaran a sus compañeras y compañeros lo que sabían de éste.

Otro elemento que afectó el aprovechamiento fue la organización para entrar a los talleres, y el hacer cambio de taller, situaciones que significaban salir a formar a niñas y niños al patio para, posteriormente, entrar al salón correspondiente. Esto dejaba aproximadamente cuarenta minutos para impartir el taller.

## ***4.2.2 Ciclo escolar 2016-2017***

### **4.2.2.1 Preámbulo.**

El segundo ciclo (2016-2017) lo realicé en la escuela primaria Lic. Alfredo V. Bonfil Pinto. Los grupos donde participé fueron uno de primaria baja y dos de primaria alta. La organización en estos grupos fue de tipo multigrado.

En este ciclo hubo un cambio en la coordinación del componente de nutrición, por lo que se modificaron algunas formas de trabajo y los formatos utilizados. También cambió el nombre del taller a Nutrición y cuidado del entorno. Estos cambios beneficiaron a la organización del programa, sobre todo al inicio del ciclo pues nos hicieron llegar, en tiempo y forma, los nuevos formatos para realizar las planeaciones del taller.

Para este ciclo cambié la estrategia de abordaje de los temas. Traté de involucrar más a las y los estudiantes, de escuchar qué era lo que les interesaba y les gustaba, de que participaran en la elección de algunas actividades a realizar durante el taller. A diferencia del ciclo anterior, los grupos de primaria alta se mostraron interesados en las dinámicas y fueron más participativos, se involucraron mucho en las distintas actividades. El grupo de primaria baja también era participativo y por la cantidad de integrantes, ocho, hizo más sencillo trabajar con ellos.

#### **4.2.2.2 Aparato digestivo.**

Con el grupo de primaria baja se trabajó el tema del sistema digestivo. No quise que sucediera lo del ciclo anterior, es decir, realizar una actividad que a las niñas y a los niños no les interesara al utilizar conceptos especializados que no entendieran. Por tanto, decidí mostrarles un video animado sobre cómo funciona el aparato digestivo. El video fue El autobús mágico: el aparato digestivo.

Debido a que en el ciclo anterior me di cuenta que a las y los niños de estas edades les gustaba dibujar, trabajar con plumones, recortes, pintura y construir cosas, pensé en una actividad de ese tipo. Realizarían un dibujo del sistema digestivo guiándose de un esquema que les presenté y de lo visto en el video. Después, cada órgano por donde pasa el alimento debería ser rellenado con plastilina. En este grupo había niñas y niños de seis, siete y ocho años. Los de edad más pequeña tenían dificultades para realizar un dibujo como el solicitado, por lo que les pedí a las y los más grandes elegir una compañera o compañero para ayudarlo a hacer su dibujo. Esta fue una estrategia de integración, basada en el reconocimiento de la diversidad de habilidades vinculadas a la edad, que retomé de los encuentros mensuales que teníamos como talleristas de nutrición. Tanto la estrategia como la actividad le gustaron al grupo. Algunas niñas y niños más pequeños estaban sorprendidos porque pensaban que no podrían hacer el esquema y rellenarlo con plastilina.

#### **4.2.2.3 Platos saludables.**

En las primeras sesiones del ciclo 2016-2017 apliqué el nuevo formato de diagnóstico que nos enviaron desde la Coordinación del Programa. Esto me ayudó a conocer los intereses de las niñas y de los niños respecto a temas de nutrición y cuidado del entorno, así como a identificar sus conocimientos sobre estos temas. Durante la aplicación del diagnóstico, uno de los grupos de primaria alta comentó que, en ciclos anteriores del Programa, les habían sugerido comer saludable, comer frutas y verduras y tomar agua, pero no les habían dicho qué platos que fueran saludables, y con buen sabor, podían preparar. Comentaron que les interesaba preparar platos saludables. Una vez que en este ciclo escolar se pedía realizar un video como actividad de cierre del ciclo, les propuse a los grupos de primaria alta diseñar videos preparando un plato saludable al ser una actividad de su interés.

Para realizar la actividad, cada grupo de primaria alta se organizó para saber cómo participarían en la elaboración del video, no todos podían salir en el video y había quienes no querían hacerlo. Se dividieron las actividades: realización de la escenografía, elaboración del plato y grabación del video. Eligieron el plato y nos pusimos de acuerdo para asignar quiénes conseguirán los distintos ingredientes. Las madres y los padres de familia se mostraron participativos, apoyaron al llevar los ingredientes de los platos. Después de realizar los videos, todo el grupo probó el plato elaborado y, en general, comentaron que les gustó y que no lo habían

probado anteriormente. Los videos realizados, junto con otros videos elaborados por niñas y niños que trabajaban con otra tallerista de nutrición, se unieron para armar un programa de varias cápsulas que las niñas y los niños llamaron “Que venga la nutrición”. Al final del ciclo escolar se hizo la presentación del video a las madres y a los padres de familia.

#### **4.2.2.4 Huerto colgante.**

La actividad del huerto colgante se llevó a cabo en todos los grupos debido a que en el diagnóstico expresaron que les gustaba y que, durante el ciclo anterior, habían elaborado uno y querían hacerlo nuevamente. Además, el Programa pedía realizarla a pesar de que no se contara con el material.

A mi llegada a esta escuela me comentaron que las semillas que se habían entregado durante el ciclo anterior ya no estaban. Había germinadores que, tiempo después, tiraron a la basura porque pensaron que no servían. Se contaba con algunas herramientas de jardinería. Después de presentarles a los grupos algunos tipos de huertos para elaborar, decidieron realizar un huerto colgante. Frente al problema de no contar con material para su elaboración, el huerto colgante resultó la mejor opción: no se necesitaba mucha tierra, se podían reciclar botellas de *pet* para macetas y yo tenía algunas semillas y una maceta que doné para realizarlo. Para

conseguir la tierra me apoyé de las madres y de los padres de familia ya que en esta escuela apoyaban mucho al Programa, cuando se les pedía aportar algo, lo hacían sin problema.

A diferencia de la escuela anterior, aquí se me asignó un espacio para poder resguardar el huerto colgante. No se realizaron muchos germinados de semillas ya que ésta no era la actividad principal y, el cuidado de un huerto, requiere tiempo. Se pudieron cosechar jitomates de ese huerto.

#### **4.2.2.5 Otras reflexiones del ciclo escolar 2016-2017.**

Durante este ciclo, a diferencia del primero, se me facilitó más el manejo de grupo, aunque siempre surgen complicaciones ya que cada grupo es distinto. En este caso, con el grupo de primaria alta había algunas niñas que no querían participar en ninguna actividad, pero en el diagnóstico que realicé en un inicio algunas de ellas comentaron que les gustaría elaborar platillos y, al proponer realizar los videos donde ellas fueran protagonistas, comenzaron a interesarse más en el taller. Además, ya contaba con estrategias sobre algunos contenidos y sobre trabajo en grupos. Las y los niños de primaria baja fueron especialmente participativos y mostraban mucho interés en realizar las actividades. Me sentí, además, mucho más segura al dar las

sesiones ya que manejaba más los temas a impartir; y algunas actividades, al ya haberlas impartido anteriormente, me era más fácil desarrollarlas.

También saber que las madres y los padres de familia eran más participativos con el Programa fue una ayuda, pues pude desarrollar con mayor facilidad actividades como el huerto colgante y los videos de la actividad de "Cocina kids", ya que ya no tuve que poner de mi dinero para realizarlos. De igual manera, la mayoría de madres y padres asistieron a cada una de las presentaciones que se realizaron a lo largo del ciclo, lo que no había sucedido en el ciclo anterior.

La problemática de la inasistencia al taller también se daba en este ciclo. En el grupo donde me causaba más conflicto era en el de primaria baja ya que el grupo era pequeño, incluso llegué a tener asistencia de solo dos o tres niñas y niños en algunas sesiones. En este caso definitivamente cancelaba la actividad asignada para realizar ese día y hacíamos alguna actividad que eligieran las y los niños que estaban. Me di cuenta que ésta era una situación que iba a darse regularmente en cada ciclo, por lo que debía siempre tener actividades para estos casos.

La problemática de la desorganización al formar a los grupos para cada cambio de taller en este ciclo fue menor, pero a veces sucedía, por lo que traté de realizar actividades más cortas para las sesiones y que al mismo tiempo se lograra llegar a la reflexión o aprendizaje deseado. Este ciclo en particular fue de los que más me gustaron, ya que se dieron mejores condiciones para trabajar con mayor facilidad.

### ***4.2.3 Ciclo escolar 2017-2018***

#### **4.2.3.1 Preámbulo.**

Durante el ciclo escolar 2017-2018 estuve en la escuela Prof. Mario de la Cueva. Debido a problemas administrativos, en esta escuela se iniciaron los talleres meses después de la fecha original, por lo que sólo se vieron los bloques II y III del taller de nutrición. Desde el inicio, había desorganización en la institución: no se contaba con todos los talleristas por lo que nos repartieron a las y los niños de aquellos grupos que no tenían tallerista. Normalmente, en un grupo había entre 15 y 18 niñas y niños, en este ciclo llegué a tener algunos días entre 22 y 24, además de que siempre eran diferentes grupos los que nos repartían. Esto complicaba la dinámica por la constante rotación de estudiantes que no tomaban secuencialmente el taller.

Después de unos meses, me asignaron un grupo más para cubrir, pero este ya sería fijo. Esto sucedió porque pocas niñas y niños se habían inscrito en el Programa y a lo largo de los meses algunos más se dieron de baja, por lo que se tuvo que reducir el número de grupos y de talleristas. Al ser la única tallerista de nutrición, me asignaron en total cuatro grupos: dos de primaria baja y dos de primaria alta, por lo que mis horas aumentaron de 6 a la semana a 8 horas.

En las primeras sesiones del taller implementé el diagnóstico para conocer a los grupos. Sabía que esta era una estrategia que me servía para realizar actividades y

revisar contenidos que fueran del interés de las niñas y de los niños. Estos grupos ya habían tomado el taller de nutrición durante tres ciclos; sin embargo, había varias niñas y niños para quienes este era su primer ciclo en el Programa.

Para este proceso, contaba ya con varias actividades realizadas en ciclos anteriores que sabía podían funcionar, por lo que fue más fácil construir la planeación.

#### **4.2.3.2 Las partes de la planta.**

Para conocer las partes de la planta, implementé un juego donde se tenían que encontrar tarjetas con los nombres de las partes de la planta. Las tarjetas estaban escondidas en el salón. Después de encontrarlas, las niñas y los niños debían ponerlas en las partes correspondientes del dibujo de una planta.

De acuerdo con el grupo, la tarjeta decía sólo la parte de la planta (primaria baja) y la parte y su función (primaria alta). En los equipos participaron niñas y niños que supieran leer con aquellas y aquellos que no supieran. Esto, para apoyarse cuando tuvieran que leer lo que decía la tarjeta.

Esta actividad les gustó, expresaron que resultaba divertido buscar las tarjetas y luego pensar dónde habría que colocarlas. Esta actividad ya la había realizado

durante el ciclo anterior y también fue de las que más gustaron. Fue por eso que decidí incluirla.

Una vez más me di cuenta que aquellas actividades lúdicas eran en las que más generaban interés y, por eso mismo, era más fácil que aprendieran el tema revisado. Además, se incentivó el trabajo en equipo, la colaboración y la cooperación entre quienes sabían leer y quienes no.

#### **4.2.3.3 Hábitos de higiene.**

La actividad de los memes de la higiene surgió a raíz de las historias que niñas y niños compartieron sobre los hábitos de higiene en su vida diaria. No todos querían realizar la actividad pues decían que no sabían cómo hacer un meme. Después de hablarlo, quedamos en que buscarían una forma divertida de decirle a sus demás compañeros el por qué debemos practicar hábitos de higiene personal. La mayoría de los equipos fueron muy creativos al realizar sus dibujos y al dar la explicación a los demás grupos sobre la importancia de la higiene personal. Incluso otros grupos comentaron que querían realizar esa actividad y felicitaron a sus compañeros por sus dibujos. Debido a estos comentarios se realizó la exposición de los dibujos en el patio de la escuela. Me di cuenta que para lograr que los temas se les hicieran

interesantes, el contenido de las actividades tenía que ser divertido, creativo y retomar lo que a las niñas y niños les llama la atención.

#### **4.2.3.4 Germinación de semillas.**

En este ciclo la directora no autorizó realizar huerto de ningún tipo, ya que argumentaba que podría producirse fauna nociva dentro de la escuela. Sin embargo, al igual que en otros ciclos esta actividad les llamaba la atención a los grupos para realizarla, por lo que solo se realizó el germinado de unas semillas.

Las semillas que se lograron germinar se les entregaron a las niñas y niños que quisieron llevárselas a su casa para cuidarlas, solo me quedé con tres semillas germinadas para cuidarlas en mi casa y cuando crecieran enseñarlas a los grupos. Al final solo se cosechó una lechuga ya que las otras plantas no dieron ningún alimento.

#### **4.2.3.5 Otras reflexiones del ciclo escolar 2017-2018.**

En este ciclo tuve más claro lo que tenía que tomar en cuenta a la hora de realizar las planeaciones y al realizar las actividades con las niñas y niños. Involucrarles más

en la elección de las actividades, tomar en cuenta sus gustos e intereses y que lo lúdico estuviera presente al realizar las actividades son algunas de las cosas que funcionaron durante estos tres ciclos. Por otro lado, me quedó claro que al querer realizar una imposición de lo que deben de aprender, no se genera interés, no prestan atención, o hacen la actividad por hacerla sin llegar a algún aprendizaje. Esto es algo que durante la licenciatura había leído en algunas teorías, como la Educación Popular y la Educación Problematizadora de Paulo Freire mencionada en el marco teórico de esta tesis; sin embargo, no es hasta este tercer ciclo que pude reflexionar y comprobarlo.

En este ciclo escolar las madres y los padres eran participativos y apoyaban al Programa. De quien había muchas restricciones era de los directivos de la escuela, ya que había muchas cosas que no permitían realizar, sin embargo, esto no entorpeció tanto el trabajo, sólo fue adecuarlo a lo permitido por ellos.

A pesar de que en este ciclo tuve más grupos, con más cantidad de niñas y niños y que había rotación constante de los mismos, no se me dificultaron tanto estas situaciones. La experiencia de los dos ciclos anteriores, las estrategias de manejo de grupo que ya sabía y lo que fui aprendiendo en el transcurso de este mismo ciclo me ayudaron a manejar y sobrellevar estos acontecimientos y, sobre todo, a sentirme más segura cuando me surgían complicaciones que había que resolver rápidamente.

#### ***4.2.4 Ciclo escolar 2018-2019***

##### **4.2.4.1 Preámbulo.**

Durante el último ciclo estuve en la escuela Miguel Alemán, en esta escuela solo se impartieron dos meses del taller, ya que en este año se terminaba la administración política 2012-2018 en la Ciudad de México y, al ser un programa implementado por dicha administración, se dejaría de ofertar. El único tema visto en este ciclo fue el de la herbolaria, tema que se implementó por primera vez en este ciclo, por ello todas las actividades estuvieron enfocadas a este tema.

##### **4.2.4.2 Herbolaria.**

El herbario fue realizado por niñas y niños tanto de primaria baja como de primaria alta. Fue muy interesante porque todos los grupos querían saber sobre las propiedades curativas que tenían las plantas. Había quienes conocían ciertas propiedades pues decían que sus abuelas o mamás se las daban en ciertas ocasiones, como cuando estaban enfermos.

La respuesta por parte de las madres y padres fue buena, pues al pedirles llevar a la escuela la planta que las niñas y niños habían elegido para el herbario, la mayoría las llevo. Al finalizar el herbario se presentó a las madres y padres, a quienes les

gustó mucho la presentación, expresaron agrado de que sus hijas e hijos aprendieran tradiciones que en algunos casos todavía se realizaban en casa.

#### **4.2.4.3 Otras reflexiones del ciclo escolar 2018-2019.**

Ya que este ciclo duró poco tiempo, no hubo oportunidad de trabajar otros temas con estos grupos; sin embargo, seguí implementando lo aprendido en los ciclos anteriores en cuanto a manejo de grupo, y a realizar actividades lúdicas.

En este ciclo la participación de las madres y los padres fue buena, aunque fueron pocas las participaciones que se les pidieron.

Por ser un tiempo corto de impartición del Programa, no hubo oportunidad de realizar muchas actividades, por lo que no hubo complicaciones o contratiempos.

### **4.3 Quinta fase de la sistematización: Puntos de llegada**

De los puntos de llegada vinculados a 1) afirmaciones -teóricas o prácticas- como resultado del proceso de sistematización y a 2) puntos de partida para nuevos aprendizajes, se habla en el subapartado 4.3.1 Teoría, metodología y sistematización. De los puntos de llegada

vinculados a 3) enseñanzas para el futuro, en el subapartado 4.3.2. Aportaciones a la Licenciatura en Promoción de la Salud.

#### ***4.3.1 Teoría, metodología y sistematización***

Como resultado de esta sistematización observé la importancia de la implementación de una educación para la salud participativa, crítica e integral, que no solo se enfoque en el cambio de conductas de los individuos; que mire a los sujetos como personas con saberes, críticas y autónomas, que tome en cuenta que existen factores sociales, ambientales y de desigualdad económica que intervienen en su proceso de salud-enfermedad. Esto para que los individuos puedan comprender sus realidades y de este modo tomar las decisiones que consideren más apropiadas para ellos.

Comprobé que el educador o facilitador es una guía en el aprendizaje de los individuos, que debe tomar en cuenta sus intereses, inquietudes, su historia, su cultura y conocimientos previos, sin imponer los saberes.

Observé en el análisis de esta sistematización que cualquier actividad de aprendizaje a realizar debe contener la parte lúdica, pues de este modo se motiva e involucra a los participantes.

La adquisición de herramientas y conocimientos que enriquezcan la práctica pedagógica pueden adquirirse mediante la socialización de las experiencias de otras y otros educadores

o facilitadores, ya que como dice Freire (2005): “Nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, y el mundo es el mediador” (p. 92).

Realizar este análisis me permitió observar el avance que tuve como facilitadora y promotora de la salud comparando mi práctica pedagógica en cada uno de los ciclos escolares en lo que participé en el programa SaludArte.

Al realizar esta sistematización puedo decir que la formación que tuve en la Licenciatura en Promoción de la salud fue adecuada ya que me permitió desempeñar mi trabajo como facilitadora del taller de Nutrición y cuidado del entorno. Sin embargo, el mayor aprendizaje lo tuve durante la práctica de mi experiencia dentro del Programa SaludArte.

#### ***4.3.2 Aportaciones a la Licenciatura en Promoción de la Salud***

El objetivo general de Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM es: Formar profesionales en promoción y educación para la salud con una perspectiva interdisciplinaria, que sean capaces de identificar, diseñar y desarrollar modelos que los hagan participar en las acciones del sector salud, social y educativo dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población en general; a través de acciones que conlleven a elevar el nivel de conocimientos, habilidades, estructura de valores y conductas en relación con la

salud a nivel individual, familiar, grupal, comunitario y de la sociedad en general (Universidad Autónoma de la Ciudad de México [UACM], 2021).

Me llama la atención que dentro de este objetivo se contempla el formar educadores para la salud, así como participar en el sector educativo para la mejora de la calidad de vida. Tomando en cuenta lo anterior, me parece que sería importante profundizar más en el tema de la pedagogía y, al mismo tiempo, llevar esta teoría a la práctica realizando muchas más prácticas de campo. En mi experiencia, mientras cursé la licenciatura, fueron muy pocas las veces que realicé prácticas de campo donde se pudiera aterrizar la teoría vista sobre pedagogía y, en general, sobre todos los temas. Esto sobre todo en el ciclo superior, donde se cursan las materias con enfoque más social hacia la salud y es donde se pueden poner en práctica intervenciones pedagógicas en salud. La propuesta para cambiar este escenario radica en que, a más materias, por lo menos de ciclo superior, se les agreguen horas de prácticas de campo. Si bien en los planes de estudio de algunas materias de ciclo superior viene escrito que se realizan prácticas, al menos en mi experiencia no se llevaron a cabo. La idea sería que no solo esté escrito, sino que se lleve a cabo en la realidad.

Un ejemplo de lo que menciono anteriormente son los programas de estudio de materias como Salud comunitaria I y Promoción de la salud I donde se menciona que se realizará trabajo de campo, lo cual en la realidad no se llevó a cabo, pues el trabajo realizado solo fue en el aula.

En el caso de la materia de Promoción de la salud II, que se cursa en octavo semestre, la certificación que realicé fue el diseño de un taller para algún problema de salud y en este se debería de ver reflejado el temario visto en la clase; sin embargo, este taller no es llevado a la práctica, solamente se diseña, por lo que sería importante que no se quedara en la teoría. Ahora sé que no podemos saber si el taller es acertado o no hasta que se imparta, es ahí donde se pueden ver los aciertos y errores y si en verdad el taller permite a los participantes tener algún aprendizaje. Es importante mencionar que fue hasta esta el octavo semestre que se me enseñó el diseño de un taller. Partiendo del objetivo de la carrera sobre formar profesionales en promoción y educación para la salud, y que el taller es una de las herramientas importantes en tanto intervención pedagógica para realizar educación para la salud, me parece que sería más pertinente que el tema de cómo diseñar e impartir un taller debiera de darse al menos en los primeros semestres del ciclo superior. Aunque también sé que diseñar un taller e impartirlo podría llevar más de un semestre para realizarlo, por lo que se tendría que adecuar en tiempos.

Basándome una vez más en el objetivo de la licenciatura que ya mencioné y en el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Promoción de la Salud: “Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida (...) y uno de sus componentes es la educación sanitaria” (OMS, 2016); me parece fundamental incluir una materia específicamente sobre teorías pedagógicas que ayude a fortalecer el quehacer de la Promoción de la Salud en cuanto a intervenciones de educación en salud.

Mis propuestas van enfocadas a lo pedagógico al ser un campo medular de la Licenciatura y ser parte del objetivo de ésta. En cualquiera de sus vertientes, ya sea para el trabajo con la comunidad o en políticas públicas en salud, el tema de la educación en salud estará presente y será parte de las estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y comunidades.

También las propuestas van enfocadas a realizar muchas más horas de prácticas en campo dentro de algunas materias de ciclo superior que permitan conocer a los y las futuras promotoras de la salud algunas de las problemáticas que se presentan al realizar intervenciones en diferentes comunidades.

Sin duda, una reformulación a los planes de estudio requeriría una discusión más amplia, cuyo análisis excede a esta tesis, no obstante, estas sugerencias las hago estrictamente a partir de mi experiencia como tallerista y considero que el testimonio ofrecido en esta sistematización de experiencia puede enriquecer la formación de las y los egresados de la Licenciatura de Promoción de la Salud.

## 5. Consideraciones finales

A lo largo de esta tesis expuse parte de la experiencia vivida durante casi cuatro ciclos escolares en el Programa SaludArte donde impartí el taller de Nutrición y cuidado del entorno, realizando un análisis y reflexión sobre dicha experiencia. En relación al Programa, en general puedo decir de él que fue una buena intervención pública, pues logró vincular el arte, la actividad física, el cuidado de la salud y del entorno en sus talleres. Sin duda fue complemento en la educación de quienes participaron, pues les acercó a actividades físicas y culturales como la danza, el canto, el teatro, las artes plásticas y la música, actividades a las que las y los participantes, muy posiblemente, no hubieran tenido acceso pues son niñas y niños que habitan en zonas de bajo y muy bajo índice de desarrollo social. El Programa otorgó asistencia alimentaria gratuita, aunque hay que mencionar que las intervenciones asistencialistas, como esta última, no son la solución para lograr que las personas logren contar con seguridad alimentaria, más bien se necesitan políticas que permitan a las familias tener los recursos y los ingresos adecuados para satisfacer sus necesidades alimentarias.

En cuanto al taller de Nutrición y cuidado del entorno, no se lograron cambios significativos en los hábitos alimentarios. En cada ciclo me di cuenta que las niñas y niños seguían consumiendo productos de alto contenido calórico que vendían afuera de las escuelas. No es suficiente darles un taller. La intervención tendría que abarcar otros ámbitos donde se desarrollan. Lo que sí pude observar fue el interés que la mayoría tenía de acceder a información sobre por qué esos alimentos que les gustaban eran dañinos.

Considero que este fue un buen primer acercamiento al tema de los alimentos para comenzar a trabajar cambios alimenticios, pero sin duda es un trabajo que debe mantenerse por más tiempo, pues lograr que alguien cambie un hábito es un proceso largo. Hablar de hábitos alimentarios es complejo, pues hay múltiples factores que influyen en las decisiones respecto a nuestra alimentación y, en el caso de las niñas y niños, estos dependen de lo que sus papás decidan darles de comer.

En cuanto al proceso pedagógico al que me enfrenté, apoyándome en mi campo académico, la Promoción de la Salud, y en la sistematización de experiencias como metodología de investigación, logré identificar algunos de los aciertos, de los errores, de los factores o situaciones que a mi parecer intervinieron en mi proceso pedagógico, además de identificar si éstos lo apoyaron o lo dificultaron.

En primera instancia pude observar que para facilitar talleres para niñas y niños se necesita el conocimiento de ciertas habilidades y/o estrategias; por ejemplo, las enfocadas al manejo de grupo, habilidad que, en mi caso, no tenía desarrollada lo suficiente. A lo largo de los ciclos escolares, gracias a otras y otros talleristas y a los encuentros realizados por la SEDU-CDMX, pude aprender a base de estrategias que me ayudaron y que me permitieron mejorar mi proceso pedagógico.

El trabajo con grupos multigrado, que en un inicio parecía ser una dificultad, al final se volvió un apoyo para la impartición y la mejor comprensión de los temas a desarrollar

dentro del taller. Al final, pude utilizarlo a mi favor para motivar el interés de las y los niños en el taller.

Comprendí que algunas actividades no fueron las adecuadas porque no tomaban en cuenta las inquietudes, los intereses y los gustos de las y los participantes del taller, pues yo sólo me enfocaba en que "aprendieran" conceptos y no en sus intereses sobre los temas de nutrición. También observé que las actividades lúdicas y las que proponían realizar las y los participantes fueron las que mejor funcionaron.

Comprobé que, para realizar educación para la salud desde Promoción de la Salud, es importante conocer y tomar en cuenta el contexto y las experiencias de cada individuo para poder tener el interés de las personas y así llegar a un aprendizaje significativo. En la educación para la salud en temas de nutrición y alimentación no es la excepción, por ello resulta importante abordarlos de forma integral reconociendo tanto los saberes con los que ya cuentan las personas, en este caso las niñas y niños, así como el entorno en el que se desarrollan, y no sólo abordarlos de una manera meramente informativa y que no tienen nada que ver con su realidad.

Durante mi experiencia en los más de tres ciclos del Programa SaludArte me enfrenté a distintas dificultades que no tenían que ver con mis habilidades o conocimientos, aunque sí influyeron en el proceso pedagógico. Ejemplo de esto son la falta de material y la desorganización por parte de la coordinación del Programa, me percaté que éstas son problemáticas recurrentes al participar en una institución gubernamental, pero al final logré

encontrar una solución para poder desempeñar mi trabajo como tallerista y promotora de la salud. Para la falta de material tuve que realizar una investigación sobre actividades donde se utilizara un espacio para desarrollarlas, y así adaptarlas al tema que necesitaba. En cuanto a la desorganización de la coordinación, a pesar de que era una situación que no estaba del todo en mis manos poder cambiarla, cuando había oportunidad les hacía saber a las y los coordinadores estas situaciones que dificultaban nuestro desempeño y les ofrecía algunas opciones de cómo se podía mejorar la organización.

En cuanto a la inasistencia de niñas y niños debido a que no había quién los fuera a recoger al término del Programa, y al poco apoyo de las madres y padres de familia al Programa debido a sus horarios de trabajo, no logré encontrar una manera de impactar en esas problemáticas. Considero que un factor pudo ser la rotación de cada ciclo escolar en diferentes escuelas, ya que no era suficiente un ciclo escolar para llegar a relacionarme con las madres y padres de familia, incluso para que éstos me conocieran y hacer un vínculo que permitiera poder trabajar con ellos algunas opciones para solucionar o disminuir esta problemática.

Realizar esta tesis me permitió reflexionar acerca de mi formación como promotora de salud y si dicha formación fue suficiente para poder realizar educación para la salud dentro del taller de Nutrición y cuidado del entorno. En este sentido, esta investigación me demostró que, si bien realizar educación para la salud requiere de ciertas habilidades y conocimientos que son adquiridos durante la práctica, las bases tanto teóricas como prácticas que tuve en mi formación como promotora de la salud fueron suficientes para

poder desempeñar mi trabajo como tallerista. Aunque surgieron dificultades propias de la experiencia que estaba desarrollando, los conocimientos y habilidades adquiridas durante la Licenciatura me permitieron entenderlas y buscar las herramientas necesarias para encontrar alternativas o incluso encontrar una solución a las problemáticas.

El análisis de esta experiencia también me permitió visualizar puntos de mejora en el plan de estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud y así realizar una propuesta para enriquecer la formación de las y los promotores de salud.

Realizar este análisis crítico y reflexivo de mi experiencia me permite mejorar mi práctica pedagógica como promotora de la salud al poder entender que cada experiencia impartiendo talleres va a ser distinta, que siempre habrá diferentes dificultades y que lo que funciona con un grupo puede no funcionar con otro, pero lo importante es saber que debo estar preparada para afrontar estas situaciones y seguir aprendiendo de cada experiencia. Considero que compartir los aprendizajes y las dificultades de esta experiencia puede ser un apoyo para otras y otros promotores de la salud, que puedan utilizarla como una guía.

Finalmente, también es importante enmarcar tanto esta sistematización de experiencia, como otras intervenciones educativas, en el marco del derecho a la salud y con enfoque de derechos humanos, ya que nos permite interpretar la alimentación y nutrición dentro de la Promoción de la Salud con un enfoque crítico que trasciende la visión estrictamente biomédica, y como producto de un conjunto de elementos como la política pública en turno de Promoción de la Salud, así como de la determinación social de la salud.

## 6. Referencias Bibliográficas

Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., y Gasca-García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43(5), 464-477. <https://bit.ly/3qdhjzp>

Bastidas Acevedo, M., Pérez Becerra, F. N., Torres Ospina, J. N., Escobar Paucar, G., Arango Córdoba, A., Peñaranda Correa, F. (2009). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1),104-111. <https://bit.ly/3cVew8C>

Cantú Martínez, P. C., Cerqueira, M. T. y Arroyo Acevedo, H. V. (2012). Introducción. *Promoción de la salud, una tarea y desafío vigentes* (pp. 13-15). Universidad Autónoma de Nuevo León.

Cardacci, D., Peñaherrera Sánchez, E., y Sanabria Ramos, G. (2012). Elementos introductorios al campo de la promoción de la salud. En P. C. Cantú Martínez, M. T. Cerqueira y H. V. Arroyo Acevedo (Eds.), *Promoción de la salud, una tarea y desafío vigentes* (pp. 17-35). Universidad Autónoma de Nuevo León.

Castro, J. M. (1997). Promoción de la salud a 10 años de Ottawa: ¿Salud mercancía o derecho social? *Salud Problema*, 2(2), 55-60. <https://bit.ly/3zG6Z79>

Consejo Nacional de Población. (CONAPO). (5 de septiembre de 2016). 3 datos relevantes sobre los resultados de los niveles de marginación por entidad federativa y municipio, 2015. <https://bit.ly/3vIXPnc>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (CPEUM). (19 de junio de 2021). *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión*. <https://bit.ly/3zEeStQ>

Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Eds.), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 47-56). Lugar Editorial.

Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo Veintiuno Editores.

Gobierno de la Ciudad de México. (31 de enero de 2018). *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*. <https://bit.ly/3cTDAgm>

Hevia de la Jara, F. (2009). De Progres a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox. *Sociológica (Méx.)*, 24(70), 43-81. <https://bit.ly/3zH22Lm>

Huesca, L., López Salazar, R., y Palacios Esquer, M. R. (2016). El Programa de Apoyo Alimentario y la política social integral en la Cruzada contra el Hambre en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, (227), 379-408. <https://bit.ly/3iSqlA2>

Instituto Nacional de Salud Pública. (INSP). (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. <https://bit.ly/35GIRUp>

Jara Holliday, O. (s/f). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. <https://bit.ly/3zGG5wc>

López Arellano, O., López Moreno, S. y Moreno Altamirano, A. (2015). El derecho a la salud en México. En O. López Arellano y S. López Arellano (Eds.), *Derecho a la Salud en México* (pp. 51-108). Universidad Autónoma Metropolitana.

Marchiori Buss, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Eds.), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 19-46). Lugar Editorial.

Morales-Ruán, M. C., Shamah-Levy, T., Mundo-Rosas, V., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Villalpando, S., y Rivera-Dommarco, J. A. (2013). Programas de ayuda alimentaria en México, cobertura y focalización. *Salud Pública de México* 55(Supl.2), 199-205. <https://bit.ly/3vHPjoP>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Elementos principales de estrategias nutricionales. Fomentos de dietas y estilos de vida sanos*. Documento temático, N°5. Conferencia Internacional sobre Nutrición. <https://bit.ly/2SDSLDt>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://bit.ly/3gFe5Bq>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2016). ¿Qué es la promoción de la salud? <https://bit.ly/3cVN5vd>

Ortiz-Hernández, L., Delgado-Sánchez, G., y Hernández-Briones, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutrición en México. *Gac Méd Méx*, 142(3), 182-193. <https://bit.ly/3gIN7I5>

Pérez de Maza, T. (2016). *Sistematización de experiencias en contextos universitarios*. Universidad Nacional Abierta.

Rivera-Márquez, J. A., López Moreno, S., Alfaro, G. y González-Delgado, A. (2015). El derecho a la alimentación en México. En O. López Arellano y S. López Moreno (Eds.), *Derecho a la Salud en México* (pp. 111-151). Universidad Autónoma Metropolitana.

Rosales Flores, R., Granados Cosme, A., y Mendoza Rodríguez, J. M. (2016). Análisis crítico de las nociones de la Promoción de la Salud a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud. *Salud Problema*, (20), 71-84. <https://bit.ly/3gPdQma>

Secretaría de Educación. (SEDU). (s/f). *Programa de Servicios Saludarte. Ciclo escolar 2017-2018*. Gobierno de la Ciudad de México.

Secretaría de Gobernación. (30 diciembre de 2015) *Reglas de operación del Programa de Inclusión Social PROSPERA 2016*. Diario Oficial de la Federación. <https://bit.ly/3xyYJ7o>

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. (SIBISO). (19 de junio de 2021). *Sistema de Información del Desarrollo Social*. Gobierno de la Ciudad de México. <https://bit.ly/3qf9rxs>

Universidad Autónoma de la Ciudad de México. (UACM). (19 de junio de 2021). *Licenciatura en Promoción de la Salud*. <https://bit.ly/3vCANbf>

Valadez Figueroa, I., Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y desarrollo*, 1, 43-48. <https://bit.ly/3iTbiWU>

## 7. Anexos

### **Anexo 1. Contenido de algunos instrumentos internacionales sobre derecho a la salud y derecho a la protección a la salud.**

#### *Declaración Universal de los Derechos Humanos*

Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

#### *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*

Artículo 12. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la

higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

*Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*

Derecho a la preservación de la salud y al bienestar.

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

*Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como "Protocolo de San Salvador"*

Artículo 10. Derecho a la Salud 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la

jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

### *Carta Social Europea*

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: a. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. b. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. c. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

Artículo 12. Derecho a la Seguridad Social Para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la Seguridad Social, las partes contratantes se comprometen: 1. A establecer o mantener un régimen de Seguridad Social. 2. A mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, por lo menos, al exigido para la ratificación del Convenio Internacional del Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social. 3. A

esforzarse por elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social. 4. A adoptar medidas, mediante la conclusión de los oportunos acuerdos bilaterales o multilaterales, o por otros medios, sin perjuicio de las condiciones establecidas en esos acuerdos, encaminadas a conseguir: a. La igualdad de trato entre los nacionales de cada una de las partes contratantes y los de las demás partes en lo relativo a los derechos de Seguridad Social, incluida la conservación de las ventajas concedidas por las leyes de Seguridad Social, sean cuales fueren los desplazamientos que las personas protegidas pudieren efectuar entre los territorios de las partes contratantes. b. La concesión, mantenimiento y restablecimiento de los derechos de Seguridad Social, por medios tales como la acumulación de los períodos de seguro o de empleo completados de conformidad con la legislación de cada una de las partes contratantes.

Artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen: 1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. 2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales. 3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda

personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar. 4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

Artículo 19. Derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a la protección y a la asistencia. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y asistencia en el territorio de cualquier otra parte contratante, las partes contratantes se comprometen: 2. A adoptar, dentro de los límites de su jurisdicción, medidas apropiadas para facilitar la salida, el viaje y la acogida de estos trabajadores y sus familias, y a proporcionarles durante el viaje, dentro de los límites de su jurisdicción, los servicios sanitarios y médicos necesarios, así como unas buenas condiciones de higiene.

*Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*

Artículo 31. Condiciones de trabajo justas y equitativas 1. Todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad.

Artículo 35. Protección de la salud. Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

*Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos*

Artículo 16. 1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible. 2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

**Nota.** Información tomada de López *et al.*, 2015.

## Anexo 2. Tabla 2.

*Características de una alimentación adecuada de acuerdo a las propuestas de la Observación General 12*

<b>Dimensión</b>	<b>Justificación</b>
Necesidades alimentarias	“Por necesidades alimentarias se entiende que el régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación. Por consiguiente, será preciso adoptar medidas para mantener, adaptar o fortalecer la diversidad del régimen y las pautas de alimentación y consumo adecuadas, incluida la lactancia materna, al tiempo que se garantiza que los cambios en la disponibilidad y acceso a los alimentos mínimos no afectan negativamente a la composición y la ingesta de alimentos” (CDESC, 1999:3).
Adecuación	“...sirve para poner de relieve una serie de factores que deben tenerse en cuenta al determinar si puede considerarse que ciertas formas de alimentos o regímenes de alimentación a las que se tiene acceso son las más adecuadas en determinadas circunstancias a los fines de lo dispuesto en el artículo 11 del...[PIDESC]...El significado preciso de “adecuación” viene determinado en buena medida por las condiciones sociales, económicas, culturales, climáticas, ecológicas y de otro tipo imperantes en el momento, mientras que el de “sostenibilidad” entraña el concepto de disponibilidad y accesibilidad a largo plazo” (CDESC, 1999:3).

Sostenibilidad y seguridad alimentaria	<p>“El concepto de sostenibilidad está íntimamente vinculado al concepto de alimentación adecuada o de seguridad alimentaria, que entraña la sostenibilidad y seguridad alimentaria, posibilidad de acceso a los alimentos por parte de las generaciones presentes y futuras.” (CDESC, 1999:3). Por su parte, la FAO señala que existe seguridad alimentaria cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y sus preferencias a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 2009).</p>
--	---

<p>Disponibilidad y accesibilidad</p>	<p>“Por disponibilidad se entienden las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario según la demanda... La accesibilidad comprende la accesibilidad económica y física: La accesibilidad económica implica que los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas. La accesibilidad económica se aplica a cualquier tipo o derecho de adquisición por el que las personas obtienen sus alimentos y es una medida del grado en que es satisfactorio para el disfrute del derecho a la alimentación adecuada. Los grupos socialmente vulnerables como las personas sin tierra y otros segmentos particularmente empobrecidos de la población pueden requerir la atención de programas especiales. La accesibilidad física implica que la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables, tales como los lactantes y los niños pequeños, las personas de edad, los discapacitados físicos, los moribundos y las personas con problemas médicos persistentes, tales como los enfermos mentales. Será necesario prestar especial atención y, a veces, conceder prioridad con respecto a la accesibilidad de los alimentos a las personas que viven en zonas propensas a los desastres y a otros grupos particularmente desfavorecidos. Son especialmente vulnerables muchos grupos de pueblos indígenas cuyo acceso a las tierras ancestrales puede verse amenazado” (CDESC, 1999:4).</p>
---------------------------------------	--

Alimentos seguros, sin sustancias nocivas	“Al decir sin sustancias nocivas se fijan los requisitos de la inocuidad de los alimentos y una gama de medidas de protección tanto por medios públicos como privados para evitar la contaminación de los productos alimenticios debido a la adulteración y/o la mala higiene ambiental o la manipulación incorrecta en distintas etapas de la cadena alimentaria; debe también procurarse determinar y evitar o destruir las toxinas que se producen naturalmente” (CDESC, 1999:3-4).
Aceptabilidad	“Que los alimentos deban ser aceptables para una cultura o unos consumidores determinados significa que hay que tener también en cuenta, en la medida de lo posible, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles” (CDESC, 1999:4).

**Nota.** Información tomada de Rivera-Márquez *et al.* (2015, pp. 118-120).

**Anexo 3. Tabla 4.**

*Actividades de las secuencias didácticas significativas*

<b>Secuencia</b>	<b>Tema</b>	<b>Actividad</b>
1	Los sentidos	Se forman equipos. A cada equipo se le asigna un sentido y distintas imágenes donde se muestran los sentidos. Deberán escoger sólo las imágenes que tengan que ver con el sentido asignado, posteriormente deberán pegarlas en un cuarto de cartulina donde escribirán el sentido que está en las imágenes, además, dibujarán en qué parte del cuerpo se encuentra ese sentido y para qué sirve. Al finalizar cada equipo expone al frente el sentido con el que trabajó.
2	Conceptos básicos de nutrición	Se forman equipos para resolver crucigrama de los conceptos básicos de nutrición.
3	Huerto escolar	Germinación de semillas y elaboración de huerto escolar.

4	Aparato digestivo	Después de ver un video animado sobre cómo funciona el aparato digestivo, las niñas y los niños realizan un dibujo del aparato digestivo y cada órgano involucrado se rellena con plastilina. Al finalizar comparten en plenaria el recorrido que hace un alimento utilizando su esquema.
5	Platillos saludables	Realizar <i>nutri</i> cápsulas de la cocina Kids SaludArte donde se elaboran platillos ricos y nutritivos.
6	Huerto escolar	Germinación de semillas y elaboración de huerto vertical.
7	Las partes de la planta	Se forman dos equipos. Se pegan dos dibujos en la pared de una planta, se esconden en el salón tarjetas con las partes de la planta, si en los equipos hay niñas o niños que saben leer se incluyen las tarjetas donde aparece la parte de la planta y cuál es su funcionamiento. Cada equipo buscará las tarjetas dentro del salón y deberán colocarlas cada una donde corresponde en el dibujo de la planta. Al final en plenaria se

		revisa si se colocaron en el lugar correcto y las que no se corrigen.
8	Hábitos de higiene	Formar equipos y elegir un hábito de higiene y elaborar un meme sobre ese hábito.
9	Huerto escolar  Herbolaria	En este ciclo sólo se germinaron semillas ya que la escuela no autorizó elaborar el huerto.  Realización de un Herbario.

## Anexo 4. Ciclo 2015-2016

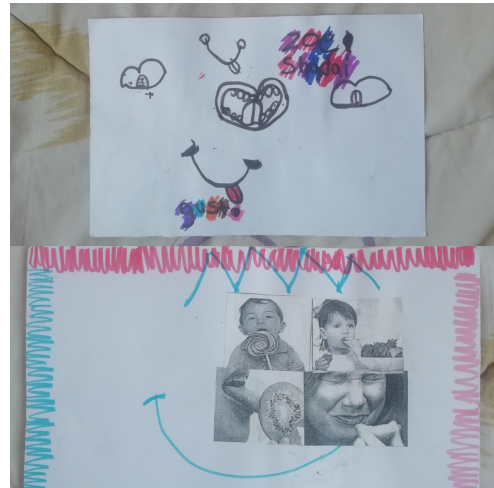
### Actividad: *Los sentidos*



**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO

#### Planificación semanal 2:

<b>Título de la secuencia didáctica:</b>	Mis sentidos					
<b>Nombre del tallerista:</b>	Patsy Arias Moreno					
<b>Escuela:</b>	Suave Patria					
<b>Semana 4:</b>	26-30 octubre					
<b>Recursos:</b>	<table border="1"> <tr> <td>c) Descripción del espacio:</td> <td>d) Materiales requeridos:</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salón con sillas y mesas.</li> </ul> </td> <td>Imágenes, marcadores, cartulina, tijeras, pegamento.</td> </tr> </table>		c) Descripción del espacio:	d) Materiales requeridos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón con sillas y mesas.</li> </ul>	Imágenes, marcadores, cartulina, tijeras, pegamento.
c) Descripción del espacio:	d) Materiales requeridos:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón con sillas y mesas.</li> </ul>	Imágenes, marcadores, cartulina, tijeras, pegamento.					
<b>Organización del trabajo:</b>						
<b>Introducción</b>	<b>Desarrollo</b>					
<p><b>SESIÓN 1 y 2</b> Saludo a los participantes. Se les dice el contenido de la sesión (tema, objetivo, actividades a realizar, etc.).</p>	<p>Se realizará una actividad para identificar los sentidos, en que parte se encuentran y para que nos sirven. Formarán 5 equipos a cada equipo se le asignará qué un sentido junto con diferentes imágenes donde se muestran los sentidos, deberán escoger solo las imágenes que tengan que ver con el sentido que les tocó. Después de escogerlas deberán pegarlas en un cuarto de cartulina donde escribirán qué sentido está en las imágenes en que parte del cuerpo se encuentra, dibujando la parte, y para qué sirve ese sentido.</p> <p>Esta actividad se llevará a cabo en dos sesiones, en la segunda sesión cada equipo intercambiara su trabajo con otro equipo y discutirán el nuevo sentido que les tocó, así lo intercambiaran hasta que les toque de nuevo su trabajo</p>					
	<p>Se reflexionará sobre la importancia de cuidar las partes donde se encuentran los sentidos y de cómo podemos hacer para cuidarlos.</p>					

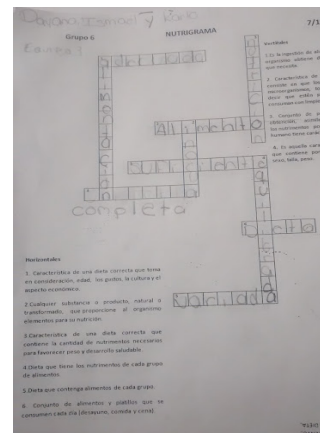
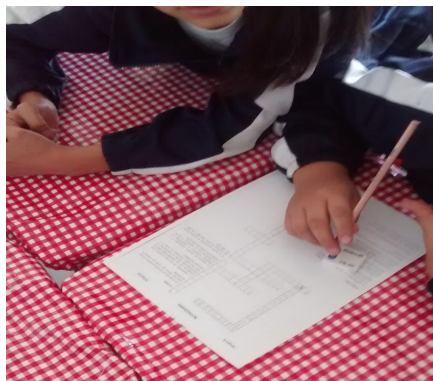


## Actividad: *Crucigrama*



### Planificación semanal 2:

Título de la secuencia didáctica:	Mi alimentación	
Nombre del tallerista:	Patsy Arias Moreno	
Escuela:	Suave Patria	
Semana 2: 12-16 octubre		
Recursos: Nutrigrama, Lapices.		
a) Descripción del espacio:	b) Materiales requeridos:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón con sillas y mesas.</li> </ul>	Nutrigrama Lápices. Nutrikit	
Organización del trabajo:		
Introducción	Desarrollo	
<b>SESIÓN 1</b> Saludo a los participantes. Se les dice el contenido de la sesión (tema, objetivo, actividades a realizar, etc.).	Se realizan preguntas para saber si saben el significado de algunos conceptos básicos de nutrición. Se dará la explicación para aclarar a los alumnos los conceptos y sus significados, se resolverá cualquier duda que les haya surgido al momento de la explicación.	
	Realizarán la actividad de "nutrigrama" en equipos, en donde deberán resolver un crucigrama de los conceptos antes vistos. Al finalizar se les realizarán preguntas que detonen la reflexión sobre ¿Cómo nos sirve para nuestra vida cotidiana saber estos conceptos? o puedo utilizar estos conceptos para mi vida cotidiana?	



Actividad: *Huerto escolar*



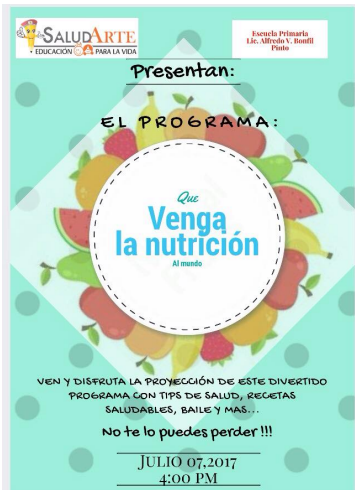
Planificación semanal:

Título de la secuencia didáctica:	Germinación de semillas para Huerto escolar	
Nombre del tallerista:	Patsy Arias Moreno	
Escuela:	Suave Patria	
Semana 2: 8-11 marzo		
Recursos:		
e) Descripción del espacio:	f) Materiales requeridos:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Salón con sillas y mesas.</li> </ul>	semillas, vasitos de plástico, algodón, agua, papel aluminio.	
Organización del trabajo:		
Introducción	Desarrollo	
<p><b>SESIÓN 1</b> Saludo a los participantes. Se les dice el contenido de la sesión (tema, objetivo, actividades a realizar, etc.).</p>	<p>Se formarán equipos, se repartirá el material y cada equipo elegirá qué semillas quiere germinar. Se irán diciendo los pasos para lograr la germinación de las semillas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Humedecer el algodón con el agua (no debe estar escurriendo de agua)</li> <li>Colocar 4 o 5 semillas en el algodón húmedo.</li> <li>Colocar el algodón con las semillas en el vasito de plástico y cubrir la boca del <u>vasito</u> con papel aluminio.</li> <li>Se buscará un lugar dentro de la escuela donde los vasos reciban luz solar.</li> </ol>	<p>Se explicará la importancia del agua y el sol para el crecimiento de las semillas. Se reflexionará acerca de los beneficios de cultivar algunos de nuestros alimentos.</p>

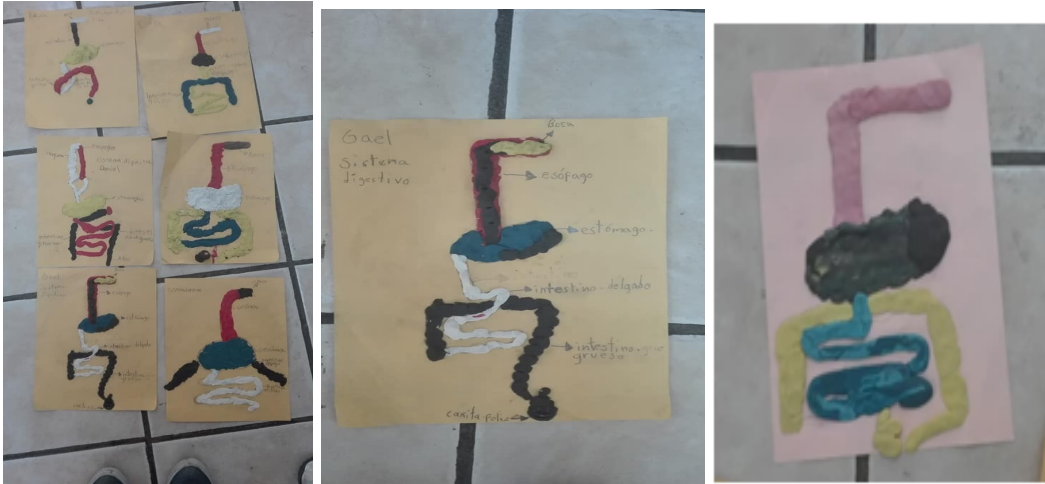


## Anexo 4. Ciclo 2016-2017

### Actividad: *Cocina kid's SaludArte*



Actividad: *El aparato digestivo*



Actividad: *Huerto colgante*

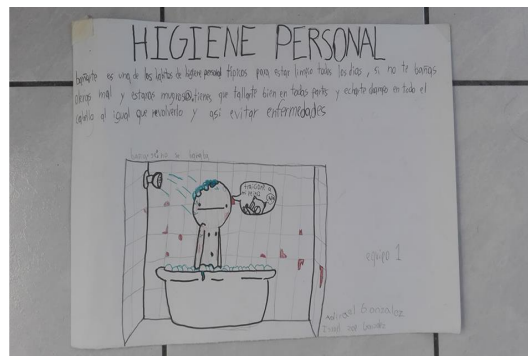
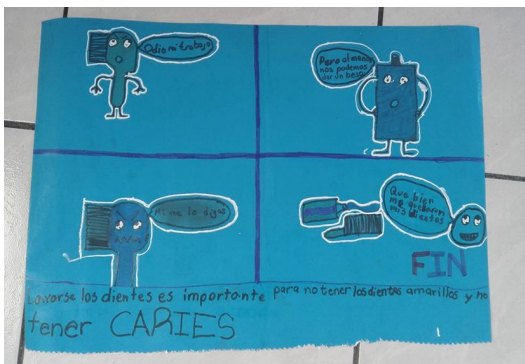


## Anexo 5. Ciclo 2017-2018

### Actividad: Encuentra las partes de la planta



### Actividad: Memes de la higiene personal



Actividad: *Germinación de Semillas*



Anexo 6. Ciclo 2018-2019

Actividad: *Herbario*

