

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Programa de Salud Escolar y las Acciones de Intervención del
Promotor de la Salud**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

MARÍA TERESA QUIROZ REYES

Directora de trabajo recepcional

Mtra. Patricia Huerta Encarnación

México, D. F. septiembre 2015.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

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 y dedicatorias

Agradezco a Dios, por la fuerza que me dio para enfrentar las dificultades encontradas en el camino, ayudándome a mantener la fe y esperanza para continuar y llegar hasta el final, asimismo, por todas las personas maravillosas que me permitió conocer.

A mi madre, que con su espíritu de lucha y modelo de vida (la mejor herencia que pudo darme), fue mi estímulo para mantenerme firme en el difícil y maravilloso camino de la vida.

A mi esposo, por su amor y apoyo incondicional, nunca perdió la calma en mis ratos de angustia y desesperación, gracias por todo amor.

A mi hijo, que con sus palabras de aliento, alegría y carisma, fueron fragmentos de miel a mi alma y espíritu. A ti hijo dedico este trabajo, Dios te bendiga por venir a mi vida, te amo.

A mis hermanos y hermanas, que con cariño dedico el presente trabajo, en especial a Elena y a Erika, por su apoyo, consejos y cariño, las quiero mucho.

Mi agradecimiento especial y sincero a la Maestra Patricia Huerta Encarnación, no hay palabras para expresar lo mucho que hizo en mi vida profesional y personal, por sus consejos y orientación. Bendiciones mil.

A mis lectores Mtra Erica Carlota Merino González, Mtra. Patricia Bermúdez Cruz, Mtra. Natividad Almanza Beltrán y al Mtro. José Antonio Navarro Capella por su flexibilidad, paciencia, apoyo y confianza, para la culminación del presente trabajo.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por haberme dado la oportunidad de ser parte de la Academia de Ciencias y Humanidades como estudiante de la licenciatura de Promoción de la Salud y por el apoyo financiero de la beca otorgada para la impresión y empastado de este trabajo recepcional.

ÍNDICE

Introducción.....	7
Justificación.....	9
Objetivos.....	14

Capítulo I Descripción del Programa de Salud Escolar.

1.1	Introducción.....	18
1.2	Antecedentes.....	19
1.3	Justificación.....	20
1.4	Fundamentos Normativos.....	21
1.5	Misión.....	22
1.6	Visión.....	22
1.7	Objetivos.....	22
1.8	Estrategias.....	23
1.9	Metas.....	26

1.10	Recursos.....	26
1.11	Actividades.....	27
1.12	Límites.....	28
1.13	Universo del trabajo.....	28
1.14	Control.....	28

Capítulo II. Conceptos básicos: salud, educación, educación para la salud y estilo de vida

2.1	Salud.....	30
2.2	Educación.....	33
2.3	Educación para la Salud.....	37
2.4	Estilo de Vida.....	39

Capítulo III Promoción de la Salud

3.1	Antecedentes.....	44
3.2	Promoción de la Salud en México.....	53
3.3.	Promoción de la Salud y el compromiso presidencial en México.....	58

Capítulo IV. Descripción de Actividades: centrales y complementarias

4.1	Descripción de Actividades: centrales y complementarias.....	69
4.2	Planeación de actividades.....	72
4.3	Descripción de actividades Escuela Primaria Marie Curie Sklodowska.....	79
4.4	Descripción de actividades Escuela Primaria Juan Montalvo.....	94
4.5.1	Informe de Actividades Escuela Primaria Marie Curie Sklodowska.....	101
4.5.2.	Informe de Actividades Escuela Primaria Juan Montalvo.....	104
4.6	Escuela Siempre Abierta.....	107
	Crítica y propuesta.....	110
	Conclusiones.....	127
	Referencias.....	131
	Anexos.....	138

Introducción

La importante trayectoria que ha tenido la promoción de la salud en las diversas conferencias y tratados internacionales, ha sido indicador y orientador para que los países den a la promoción de la salud un lugar prioritario en los programas de gobierno. México por ser parte de los países que conforman los Estados Miembros de las Américas, propone en el Plan Nacional de Desarrollo líneas de acción para enfrentar los retos nacionales de salud.

Para poner en marcha acciones estratégicas de promoción de la salud que impacten en las condiciones que afectan a la comunidad escolar, se pone en operatividad el escenario educativo¹ (cuya función en las escuelas es crear nueva cultura de la salud) siendo éste consolidado “con el movimiento de Escuelas Saludables”²

Ahora bien, para potencializar las capacidades de la comunidad educativa la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) elabora el Programa de Educación y Salud, del cual se desprenden otros programas prioritarios de salud pública. El programa considera acciones estratégicas para el cuidado de la salud a poblaciones específicas escolares desde los niveles básico, medio superior y superior.

¹De acuerdo a Restrepo y Málaga (2001) “la operativización de la promoción de la salud se realiza en tres dimensiones. De un lado están los escenarios, ambientes o setting, de otro las estrategias principales y en la tercera dimensión los grupos “blanco o diana” de población” (p.44).

²Restrepo y Málaga (2001) menciona que las Escuelas Saludables fueron impulsadas “originalmente desde la oficina de OMS en Europa en la década de los 80, y que se ha extendido por varios continentes bajo el liderazgo de la OMS y la OPS. Su éxito se debe en gran parte a su eficacia para lograr la negociación y compromiso intersectorial entre los sectores Salud y Educación” (p. 45).

A nivel municipal la DGPS es la encargada de instrumentar el programa *...para promover la salud en el municipio con la familia, con la escuela y con la comunidad*, de este programa se desglosan seis más, entre los cuales se encuentra el *Programa de Salud Escolar* que es el que nos ocupa en el presente documento.

En el presente reporte de servicio social se informa sobre las actividades y experiencias adquiridas al colaborar con el equipo médico del *Programa de Salud Escolar ciclo 2010-2011*, en dos escuelas públicas, ubicadas en la delegación Benito Juárez.

El informe comienza con una descripción detallada del contenido del Programa de Salud Escolar con la intención de tener una visión general de los objetivos y estrategias que utiliza dicho programa.

Asimismo, el documento aborda la construcción histórica a partir del concepto de salud emitido en 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta la institucionalización de la promoción de la salud, que se le otorgo en la Conferencia de Ottawa (organizada por la OMS) en 1986, incluye también las sucesivas Conferencias Internacionales que acontecieron en diversos países del mundo y que fueron parte fundamental para que la promoción de la salud se considerara a partir de la quinta conferencia como parte estratégica en los programas de salud de los países miembros de la OMS.

Posteriormente, se presenta una descripción de la planeación y aplicación de las sesiones educativas de salud dirigidas a los escolares, así como de las actividades complementarias realizadas a lo largo del servicio social. Finalmente, se realiza una crítica

sobre los resultados que se obtuvieron al término de las sesiones educativas en las dos escuelas y la presentación de una propuesta desde la visión de la promoción de la salud, todo ello con la finalidad de contribuir a mejorar las acciones que establece el programa en cuanto a sus propósitos y, con ello, favorecer el desarrollo de nuevas culturas del comportamiento en pro de la salud de los individuos en sus estilos de vida.

Justificación

La problemática de salud infantil que México presenta en la comunidad escolar, principalmente en los grupos en edades de 5 a 11 años según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Salud, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 en el Distrito Federal, revelan aspectos sobre las condiciones de salud como: alteración visual, bucal, sobrepeso, obesidad, problemas posturales, accidentes, entre otros, afectan la integridad física, biológica y psicológica del niño o la niña que generan a su vez trastornos individuales y sociales ejemplo ello, se encuentra:

El fenómeno social que afecta a los escolares es el bullying, de él se deriva problemas como la violencia entre pares que se genera en los niños daños emocionales como depresión y, en el peor de los casos suicidio. Según las estadísticas realizadas en México durante el 2010 por la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) refieren que en “las escuelas, la depresión, estrés infantil entre otros son claros ejemplos de conducta que perjudican la salud individual y social de este grupo de

población”. (web) lo que desencadena, emociones y sentimientos en niveles bajos o negativos que causan y afectan las capacidades en el desarrollo y relaciones sociales en los sujetos. En los escolares de acuerdo a Beltrán (1995) “la inestabilidad emocional es una variable importante en el proceso de aprendizaje [...] la inteligencia y aptitudes de cada niño, existe una serie de factores que estimulan su rendimiento y otros influyen en los fracasos” (p. 172, 173), en consecuencia se puede presentar bajo rendimiento escolar, deserción, agresión o sumisión personal, entre otras acciones que dañan al niño o a la niña³.

Madison (2010) plantea que los trastornos alimenticios generan problemas físicos de anemia, sobrepeso, obesidad que origina enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, bulimia o anorexia que en algunos casos provocan daños irreversibles al individuo (web)⁴.

La falta de cultura a la educación sexual genera en los niños o adolescentes embarazos no deseados, de acuerdo a la información proporcionada en el *Diario Intolerancia* (2011) “especialistas afirman que las causas principales de los embarazos no deseados van desde el inicio precoz de las relaciones sexuales, voluntarias o por presión social, violaciones, carencia

³Es importante mencionar que el programa de Salud Escolar imparte sesiones educativas de salud sobre temas de autoestima, por ejemplo: desarrollo y conocimiento de valores personales e interpersonales, que a su vez se aterrizan en temas que afectan a la comunidad escolar como lo es el bullying y las adicciones entre otras.

⁴En este aspecto, el Programa de Salud Escolar aborda temas de nutrición y ejercicios físicos para favorecer en los escolares hábitos de consumo de alimentos balanceados y nutricios en conjunto con actividades físicas (en este último, se desarrollan subtemas como: deportes, actividades artísticas y culturales).

afectiva, descuido de los padres, baja autoestima...” (web) inclusive casos de contagio por infecciones de trasmisión sexual⁵

Estos aspectos unidos a otros determinantes de la salud tales como; la pobreza, alimentación, discriminación, la economía, las relaciones familiares y sociales, vivienda, entornos⁶, entre otros, condicionan los estilos de vida de la comunidad escolar sobre los valores de la salud.

Actualmente, el incremento de las enfermedades crónico degenerativas y psicológicas van ganando terreno porque factores como la situación demográfica, política y ambiental generan un estrés de vida que repercute en la salud de los individuos, en específico en la población más vulnerable⁷: los niños. Otras consecuencias que derivan de los problemas antes mencionados son la morbilidad y mortalidad infantil. De acuerdo a los datos que proporciona el INEGI (2010) en materia de salud y los componentes de identificación de las causas y factores básicos, los resultados estadísticos han alcanzado niveles preocupantes que generan un problema de Salud Pública. Fernández (2012) en su artículo *Principales causas de*

⁵En específico, el Programa de Salud Escolar imparte una sesión educativa a alumnos de 5° y 6° grado con el tema de “Sexualidad y Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual”.

⁶ El Glosario de Promoción de la Salud (1998) la OMS refiere que en los determinantes de la salud “son factores múltiples e interrelacionados, que impactan sobre la salud de los individuos, como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo, y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios y los entornos físicos” (p.16)

⁷De acuerdo a datos obtenidos de los grupos vulnerables en México (2013) La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) considera una amplia gama de grupos vulnerables que incluye mujeres violentadas, refugiados, personas con VIH/SIDA, personas con preferencia sexual distinta a la heterosexual, personas con alguna enfermedad mental, personas con discapacidad, migrantes, jornaleros, agrícolas, desplazados internos y adultos mayores, la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables de la CNDH enfoca su atención en cuatro grupos: niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

mortalidad infantil en México: tendencias recientes, hace una descripción de referencia de las causas de muerte infantil presentados en nuestro país desde el 2010.

Por tal motivo, para atender y responder a tales situaciones la Secretaría de Salud diseña e instrumenta el programa de acción específico de Escuela y Salud, del cual emergen otros programas a nivel municipal para impulsar la participación social, entre ellos se encuentra el *Programa de Salud Escolar* que se aplica en todas las escuelas primarias oficiales. El propósito de dicho programa es proporcionar en los escolares los conocimientos científicos y tecnológicos, para que los educandos desarrollen conductas saludables en su estilo de vida, a través de acciones estratégicas de promoción de la salud.

El compromiso que adquiere México en la Quinta Conferencia de Promoción de la Salud para aplicar en los programas de gobierno estrategias de promoción de la salud como parte prioritaria que permitan favorecer en las personas su calidad de vida desde sus diversos contextos económicos, políticos, sociales y culturales lo establece en el Plan Nacional de Desarrollo, y es a través de la operación de los Programas de Acción Específico (PAES) que se abordan las principales problemáticas que acontecen en la sociedad y que el gobierno pretende dar cumplimiento a dicho acuerdo.

De acuerdo con Restrepo y Málaga (2001) la promoción de la salud se relaciona con diversas disciplinas académicas (medicina, sociología, filosofía, psicología, pedagogía, entre otras), por lo que es operable en los escenarios escolares para abordar las temáticas de los problemas de salud que acontecen en la población infantil; y con ello, emplear técnicas,

metodologías, estrategias o instrumentos propicios para actuar ante las necesidades de los sujetos y la comunidad, para facilitar en las personas y a los grupos sociales el desarrollo de sus capacidades que les permitan tener las herramientas para solucionar sus problemas desde sus propios contextos socioculturales, económicos, ambientales y políticos que favorezca a que los sujetos encuentren su propia manera de promocionar su salud individual y colectiva.

Como parte de las estrategias que utiliza la promoción de la salud en las escuelas, se encuentra educación para la salud. De los modelos que explican los procesos de salud-enfermedad, encontramos los estilos de vida,⁸ que examina las prácticas conductuales que determinan el estado de la salud individual y colectiva de los sujetos y se apoya de la participación comunitaria para promover en la gente la capacidad de aplicar soluciones a problemas individuales y colectivos.

Asimismo, la promoción de la salud no sólo, se enfoca en las necesidades básicas de los grupos humanos en la atención médica, sino que, también aterriza en las necesidades que anhelan las personas como lo refiere Restrepo y Málaga (2001) que “además de dónde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida, la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte y la cultura y en fin , de llegar a una vejez sin discapacidades y

⁸Marc Lalonde la define como las decisiones buenas o malas que el individuo toma con respecto a su salud

con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine” (p. 24,25).

En este contexto *El Programa de Salud Escolar*, propone en su visión ejercer la supremacía de la promoción de la salud, esto es, brindar a los escolares (a través del equipo médico) los conocimientos tecnológicos y científicos por medio de sesiones educativas, para que los alumnos y su comunidad desarrollen habilidades y destrezas de conductas saludables en sus estilos de vida.

Objetivos

Objetivo General.

Evidenciar en el informe la pertinencia del trabajo profesional del promotor de la salud, a través de la descripción y reflexión de las actividades realizadas dentro del *Programa de Salud Escolar*, para favorecer la aplicación en el cumplimiento de programas enfocados a mejorar la salud y calidad de vida de la población

Objetivos Específicos.

1. Describir el contenido del *Programa de Salud Escolar*.
2. Definir los conceptos de salud, educación, educación para la salud y estilos de vida

3. Describir la trayectoria de la promoción de la salud como estrategia para su aplicación en los programas de salud.
4. Describir las actividades realizadas con la comunidad escolar integrada por estudiantes, maestros y padres de familia, que participaron en el *Programa de Salud Escolar*.
5. Reflexionar sobre el trabajo que realiza el promotor de la salud dentro de las actividades que se llevan a cabo en el *Programa de Salud Escolar*.
6. Proponer formas de intervención del promotor de la salud en los programas enfocados a favorecer la salud y los estilos de vida de la población.

Capítulo I. Descripción del Programa de Salud Escolar

La Promoción de la Salud (PS) se institucionalizó en 1986 en Ottawa, lugar donde se llevo a cabo su primera conferencia, en esta reunión se establecieron cinco acciones claves para la PS : la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos propicios, el fortalecimiento de acciones comunitarias, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud, estas acciones fueron el punto de lanza para ampliar el campo de acción de la promoción de la salud, así como el desarrollo de nuevas y variadas estrategias de intervención y es en la Quinta Conferencia realizada en México en el año 2000, se propone considerar a la promoción de la salud como “un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y una mejor salud para todos”.

Por lo tanto, en diversos países de América de acuerdo a Cerqueira y Conti (2003) se intensifico el desarrollo de los planes nacionales de promoción de la salud, así como la consolidación de los procesos subregionales, el resultado de ello fue que trece países le dieron un lugar prioritario en sus programas de gobierno.

En este marco México para dar respuesta a su compromiso político de salud y educación, propone la operación del *Programa de Escuela y Salud*, con el propósito de establecer una educación de calidad, constituye acciones estratégicas en que los escolares de diversos niveles académicos mejoren sus condiciones de salud, basándose de registros

epidemiológicos que prevalecen en la población escolar, propone se realice el acceso al conocimiento de prevención de las enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas.

La Secretaría de Salud y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud,(2009) establece que El *Programa de Escuela y Salud* se convierta en “una plataforma que sustenta a otros programas prioritarios de salud pública para llevar a cabo entornos cuya esencia es potenciar las capacidades de la comunidad educativa” (p. 7), dentro de las cuales se encuentra el *Programa de Salud Escolar*, que inscrito en el proceso de democratización de los servicios de salud fue impulsado por el gobierno del Distrito Federal para ser dirigido a las escuelas primarias oficiales de dicha entidad federativa asignadas por la SEP.

A continuación, se describirá de forma puntual cada uno de los elementos que componen el Programa de Salud Escolar en el que se realizaron las actividades del servicio social.

Programa de Salud Escolar.⁹

1.1. Introducción

La promoción de la salud y las actividades asistenciales como son las detecciones gruesas de salud han tenido una larga trayectoria en las escuelas del Distrito Federal, sin embargo, se necesitan nuevos enfoques de integración y estrategias, que respondan a las actuales dinámicas económicas, políticas, y sociales; que incluyan: la capacitación y actualización de todos los actores que intervienen en el proceso educativo; servicios de salud acordes a las demandas reales de la población escolar, promoción de hábitos saludables, alimentación nutritiva; y metodologías educativas formales e informales, para formar nuevas habilidades y destrezas en los escolares, a través de incorporar acciones de promoción de la salud, en la prevención y control de las enfermedades y, con ello, fomentar una nueva cultura de la salud.

La escuela es el lugar idóneo para generar aprendizajes de hábitos que lleven a una vida saludable, obtener herramientas de conocimiento y valores que permitan la formación de individuos sanos dentro de la sociedad, a partir de su educación individual y colectiva.

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal a través de los Equipos de Salud escolar, en coordinación con la Secretaria de Educación Pública, realizan detecciones del estado de salud de los escolares y favorecer la promoción de la salud a través de sesiones

⁹Los datos expuestos en el presente capítulo a partir de la introducción, es un resumen de contenido del Programa de Salud Escolar ciclo 2010-2011.

educativas, con la finalidad de que los infantes, desarrollen hábitos de vida saludables que les permita mantener su salud integral.

1.2. Antecedentes

Las acciones para el cuidado de la salud escolar en México, han tenido una larga trayectoria histórica. En 1882 se formó el Congreso Higiénico Pedagógico, con él, la instalación de dispensarios, brigadas médico psicopedagógicas, capacitación de maestros en servicio y atención de los escolares en Centros de Salud. Éstas medidas de acción permitieron que en 1942 la Dirección General de Higiene Escolar, la Secretaria de Educación Pública, la participación del Sector Salud y las Brigadas de Salud Escolar en un enfoque integral, realizaran la aplicación de actividades asistenciales para la detección de problemas en salud dentro de la comunidad escolar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve e impulsa la salud comunitaria¹⁰, bajo este sentido, los expertos que participaron en la convención de Ginebra, definieron tres áreas sustantivas de la salud escolar 1) vigilancia de la seguridad y ambiente escolar 2) Cuidados de la salud escolar y 3) Educación para la Salud.

¹⁰Restrepo refiere que la “salud comunitaria surge como un modelo alternativo para organizar los servicios de salud, que implica integridad, interdisciplinariedad, intersectorialidad y desarrollo social a escala humana que reclama principios que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común que compete y responsabiliza al Estado, individuos, familias, comunidades y toda la sociedad en su conjunto” (p. 60 web) cuya noción es “la participación real y consciente de las comunidades; en la planificación local, descentralizada, en relación con las reales necesidades de salud de las poblaciones; en la integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales-sociales; en la concepción social; en la orientación epidemiológica de las actividades; en los niveles de atención; en la cobertura universal; en el predominio de lo generar sobre lo de especialidad, es decir, lo mayoritario sobre lo minoritario” (p. 51)

En 1983 el personal operativo de Higiene Escolar pasó a formar parte de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F., organizándose por jurisdicciones, funcionando, como Equipos de Salud Escolar. Éstos detectaban problemas de salud en grupos prioritarios y, en aquellos que requerían atención, eran referidos a las instituciones de salud.

Por otro lado, los resultados epidemiológicos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT (2006) muestran la prevalencia de padecimientos que presentaban los escolares de distintas edades como: problemas de sobrepeso y obesidad de 5 a 11 años de edad, niños menores de 10 años enfermedades respiratorias agudas (IRAS), de 15 a 19 años problemas de adicciones, salud sexual-reproductiva y accidentes viales, Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad, caries, alteración visual, problemas alimenticios y pie plano.

1.3. Justificación

La implementación de la promoción de la salud en el ámbito escolar permite detectar y ofrecer herramientas, conocimientos, para el fomento de la salud, con ellos, la adopción de hábitos de estilos de vida saludables.

Datos de la SEP refiere que en el Distrito Federal existen 2,171 escuelas primarias oficiales, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal cuenta con 80 equipos de Salud Escolar y 208 centros de salud distribuidos en las 16 Jurisdicciones Sanitarias que son de apoyo para el equipo médico de salud. Los equipos se instalan por tres meses en las escuelas

que asigna la SEP. Su propósito es la modificación de los determinantes de salud en la población escolar, lograr con éxito los procesos educativos que permitan a la comunidad escolar mejorar los niveles de bienestar.

El Programa de Salud Escolar, surge a través de la democratización de los servicios de salud que impulsa el gobierno del Distrito Federal a través de su Secretaría de Salud, éste forma parte de una serie de programas que se implementan, con la finalidad de reflejar de manera cercana la realidad que vive la población, aquella que carece de seguridad social, este trabajo, brinda alternativas concretas a los Programas de Salud sugeridos por el nivel federal. En el anexo se presenta un análisis FODA del Programa de Salud Escolar.

1.4. Fundamentos Normativos.

Está sustentado por 12 normas oficiales de salud descritas en el documento, el resto de ellas se anexan en archivos electrónicos.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4°. Derecho a la Salud.
- Ley General de la Salud.
- Ley de Salud para el Distrito Federal.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- NOM-009.SSA-1993, NOM.-013-SSA2-1994, NOM-017-SSA2-1994, NOM-024-SSA2-1994, NOM-008-SSA3-2010, NOM-028-SSA2-1999, NOM-043-SSA2-2005. NOM-040-SSA2-2004.

1.5. Misión.

Promover políticas, estrategias, servicios efectivos de promoción orientados hacia una cultura de corresponsabilidad y autocuidado de la salud, para mantener ambientes físico-psicosociales, desarrollar habilidades en escolares, profesores y padres de familia del Distrito Federal encaminados al logro de estilos de vida saludables.

1.6. Visión.

Ser un programa líder donde se ejerza la supremacía de la promoción de la salud, que integre estrategias de salud vinculadas a la población escolar, que articule acciones entre la escuela, los servicios de salud y la comunidad, promoviendo una mejor calidad de vida.

1.7. Objetivos:

General.

Contribuir al bienestar y mejorar la calidad de vida de la población escolar, mediante acciones que fomenten el auto cuidado de la salud y la adopción de estilos de vida saludables, así como impulsar la participación social.

Específicos.

- Realizar acciones de prevención y detección de problemas de Salud en los escolares y aquellos que lo requieran referirlos para su adecuado tratamiento.
- Promover medidas higiénicas, hábitos alimenticios que favorezcan el crecimiento y desarrollo de los escolares, así como estrategias que beneficien su salud mental.

- Fomentar una cultura para la prevención de accidentes de los escolares en la escuela, vía pública y en el hogar.
- Impulsar la participación activa de la comunidad escolar, de los sectores público, social y privado en beneficio de la salud de los niños para contribuir al mejoramiento del medio ambiente.

1.8. Estrategias.

Generales.

Desarrollar un esquema de atención integral a la salud del escolar, que involucre a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) y a la Secretaría de Educación Pública (SEP).

- Coordinar a diversos niveles el Programa tanto al interior de los SSPDF, como en la SEP.
- Propiciar la participación organizada del director del plantel, profesores y padres de familia, en las acciones programadas para avanzar en la formación de una cultura de la salud y lograr estilos de vida saludables.
- Priorizar la aplicación del Programa en aquellas escuelas primarias oficiales que se encuentran en zonas de alta y muy alta marginación.
- Responsabilizar a las jurisdicciones sanitarias sobre la operación e importancia del Programa, así como del manejo administrativo, apoyo técnico y de la supervisión local del personal que integra los equipos de salud escolar

- Fortalecer con capacitación y actualización al personal que opera el programa, a favor de las acciones que llevan a cabo.

Operativas.

El programa de Salud escolar se implementará en las escuelas conforme a los siguientes componentes operativos:

a) Detecciones.

Diagnóstico y examen general de los alumnos que asisten a la escuela calificando: estado de nutrición, infecciones respiratorias agudas (influenza), enfermedades diarreicas agudas, problemas cardiológicos, agudeza visual y auditiva, problemas de la piel, defectos posturales, bucales, maltrato, conducta aprendizaje y Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) éstos dos últimos mediante la aplicación del cuestionario Connors para su identificación, orientación y referencia.

Entrega e información personal a padres de familia de examen médico y pase de referencia.

Seguimiento de niños referidos, en especial con problemática urgente.¹¹

b) Salud bucal.

Atención de 25 niños por día en: revisión cavidad oral, referencias clínicas, detección de placa dentobacteriana, práctica de técnica de cepillado, aplicación de fluoruro, sesión educativa de higiene bucal y técnica de cepillado.

c) Promoción de la Salud.

¹¹Esta parte fue extraída textualmente del documento, porque se retoman puntos importantes que nos servirán para las conclusiones y propuestas que se hacen al final del documento.

Formación de niños promotores.

Formación de niños promotores de grupos de 4°,5° y 6° grado, con solicitud de autorización de los padres de familia o tutor, con capacitación una vez cada 15 días con temas de salud: prevención de accidentes, educación vial, higiene personal, cuidado del medio ambiente, beneficios de la actividad física o tema de interés justificado. Réplica de temas a todos los grupos, promoción voluntaria de los niños promotores en otras actividades como: vigilancia de calidad nutritiva y manejo higiénico de alimentos dentro y fuera del plantel, monitoreo de limpieza escolar: salones, baño, patio entre otros.

Nutrición y ejercicio físico.

Impartición de sesiones educativas en temas de: Alimentación correcta, venta y manejo de alimentos recomendables en las cooperativas escolares, referencias a unidad de salud y seguimiento de niños con problemas de sobrepeso y obesidad, actividad física en coordinación con el profesor de educación física, formación de un Club para niños con problemas de peso, en caso de no contar con profesor de educación física.

Otras sesiones de Educación para la Salud.

Impartición de tres sesiones a todos los grupos del plantel con temas de: Adicciones, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y una sesión a los grupos de 5° y 6° de Sexualidad y Prevención de Enfermedades de Trasmisión Sexual.

Escuela siempre abierta.

El equipo médico imparte sesiones educativas en el periodo vacacional de julio-agosto, expidiendo exámenes médicos a los alumnos inscritos en las primarias y en secundarias, además de sesiones educativas de salud sexual y reproductiva.

1.9. Metas.

Son las actividades propuestas con anticipación que pretende cumplir logísticamente el equipo médico, durante las visitas realizadas en las escuelas públicas del Distrito Federal, en el periodo del ciclo escolar que establece la SEP. Las metas y logros a cumplir, según el número de: escuelas a trabajar, alumnos a examinar, exámenes a entregar, alumnos a referir, contrareferencias, prácticas de cepillado, enjuagues de fluoruro de sodio, detección de placa dentobacteriana, sesiones educativas, detección de alumnos con TDH, elaboración de periódico mural, niños promotores de la salud y replica de los niños promotores.

1.10. Recursos:

Humanos.

1 Subdirectora de Participación Social.

12 supervisores-asesores del nivel central.

16 coordinadores del programa a nivel jurisdiccional.

80 Equipos de Salud Escolar (multidisciplinarios).

Un total de 288 trabajadores de base: 109 médicos, 70 odontólogos, 90 enfermeras, optometristas 1, psicólogos 8, trabajadoras sociales 5, nutriólogos 2, otros 3.

Materiales.

Bolígrafo, lápiz, goma, regla, marcadores, crayolas, cartulina, papel bond, kraff, hojas blancas carta, cinta canela, mas king tape, folders, fomi, lápiz adhesivo pritt, corrector, tijeras, engrapadora, sellos, tinta roll on, cubrebocas, abatelenguas, flúor al 0.2% pastilla reveladora de placa dentobacteriana, y cepillos dentales, bascula, estandimetro, estuche de diagnostico, estetoscopio, plantoscopio, carta de Snellen y baumanometro. Todos los formatos para el reporte de actividades llamados PSE 01, 02, 03,04 y 05. Informe mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-SSPDEF, Sección II, hoja 4 de 16, Informe mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H, Sección I, hoja 20 de 21, Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H, Sección I, hoja 13 de 21, Salud Bucal Extramuros¹².

1.11. Actividades.

Los servicios de Salud Pública del Distrito Federal coordinan las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica; además del diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y en su caso rehabilitación de padecimientos.

Las acciones de labor son realizadas por: Subdirección de Participación Social, el Coordinador Jurisdiccional, los Equipos de Salud.

¹²Algunos formatos que se mencionan en los materiales, se encuentran en el anexo 1, figuras 1 al 6 del presente documento.

1.12. Límites.

Es el tiempo de organización que emplea el equipo médico en todas las escuelas públicas del Distrito Federal durante el ciclo escolar, clasificándola en tres etapas: agosto-noviembre 2010, noviembre- marzo 2011, marzo-julio 2011.

1.13. Universo del trabajo.

Todos los alumnos inscritos en las escuelas primarias oficiales ubicadas en las 16 Jurisdicciones Sanitarias, asignadas conjuntamente con la SEP.

1.14. Control.

Se consideran los siguientes puntos:

Información.

Mensualmente el equipo médico entregará al coordinador de la jurisdicción los PSE 01, 02 y 03, así como la relación de alumnos con posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y cuestionarios Connors. El coordinador por su parte entregará mensualmente a la Subdirección de Participación Social el concentrado mensual de los PSE-04, 05, la relación de alumnos de TDAH, actividades mensuales de Promoción de la Salud, formato PSE-03 y Connors llenados por el profesor y el padres de familia o tutor, al área de estadística de la Jurisdicción en el que elabora los informes del SIS.

Supervisión.

La finalidad de la supervisión es un intercambio de ideas e información para mejorar el trabajo que realizan los Equipos de Salud Escolar, así como verificar el desarrollo de los componentes del Programa. Está a cargo a nivel central con 12 supervisores adscritos a la Subdirección de Participación Social y a nivel jurisdiccional de los coordinadores del Programa.

Evaluación y seguimiento.

Es un proceso permanente que abarca aspectos cuantitativos y cualitativos para buscar el desarrollo adecuado del programa. Las Jurisdicciones Sanitarias informaran mensualmente las actividades realizadas a la Subdirección de Participación Social, para realizar una evaluación de las actividades programadas al término de cada periodo y una evaluación al final del ciclo escolar.

En los anexos del Programa de Salud Escolar, ciclo 2010-2011, se encuentra el análisis FODA.

El siguiente capítulo aborda los conceptos de salud, educación, educación para la salud y estilos de vida, ya que esto nos permitirá tener un acercamiento en la comprensión de las estrategias utilizadas por el *Programa de Salud Escolar* para instrumentar acciones de promoción de la salud con la comunidad escolar.

Capítulo II. Conceptos básicos: salud, educación, educación para la salud y estilo de vida

La salud es un concepto trascendentalmente histórico y significativo que hoy en día, es considerado como Derecho en el que el Estado está obligado a observar que las garantías en la aplicación de las leyes constitucionales sean empleados en las instituciones públicas y privadas de los diversos sectores, para que los derechos individuales y colectivos de toda persona sean respetados.

El conocer la evolución histórica del concepto, nos permitirá tener mayor comprensión de los hechos históricos que dieron origen a la promoción de la salud, así como la importancia de incluirla en los programas de gobierno como parte estratégica para realizar acciones, que favorezcan en los seres humanos el desarrollo de habilidades y destrezas de comportamientos saludables que contribuyan a mejorar su calidad de vida. En el presente capítulo se abordarán cuatro conceptos que nos permitirán comprender las estrategias que aplica el *Programa de Salud Escolar* con respecto a las acciones de promoción de la salud.

2.1. Salud.

Es importante explicar que para Colomer (2000) la:

[...] evolución histórica del concepto de salud viene marcada no sólo por el desarrollo de los métodos para abordarla, y por lo tanto, de la capacidad de comprender y explicar este fenómeno vital, sino también por un aspecto social muy trascendente, esto es, la variación en el valor que se le atribuye. Esta variación es debida tanto a la interpretación cultural de la salud, como cambios socioeconómicos

producidos por el devenir histórico y que han sido estudiados desde muy diversas perspectivas. (p. 4)

En su estudio Restrepo y Málaga (2001) describe que a través de la historia los seres humanos han conceptualizado a la salud como la ausencia de enfermedad y que ésta, era causada por la perturbación del estado fisiológico del cuerpo, ocasionada por la naturaleza divina (castigo de los dioses o por posesión de espíritus malignos).

La ciencia sin embargo, acreditaba la enfermedad como la invasión de microorganismos patógenos que generaba el desequilibrio del organismo, desde ésta perspectiva las ideas mágico religiosas quedan atrás, la concepción biomédica cobra auge y hegemonía¹³.

A mediados del siglo XIX las situaciones epidemiológicas de muerte que se generaba en las clases sociales, dio un giro trascendental en la medicina biomédica, debido a que los índices de mortalidad eran originalmente causados por enfermedades crónico degenerativas y no de origen infectocontagioso, es decir, los patrones de enfermedad se debían a muerte por cáncer, adicciones, enfermedades cardiovasculares, desnutrición, entre otras, que afectaban sobre todo a las poblaciones que vivían en la marginación, en la pobreza o en la clase proletariada, por lo que, en este siglo se tiende a estudiar las condiciones de vida los grupos sociales, resultado de ello, la medicina social cobra mayor fuerza.

¹³Las medidas de acción del modelo hegemónico estaban dirigidas a la prevención de las enfermedades infectocontagiosas (viruela, sarampión, tuberculosis, difteria, etc.) que causaban estadísticamente en el mundo occidental el mayor número de muertes.

Autores como Edwin Chadwick Engels, Marx, Virchow¹⁴, comenzaron apreciar la importancia de los factores que condicionaban el estado de salud de la sociedad tanto individual, como colectiva. La pobreza, la marginación, la explotación laboral, las condiciones ambientales no saludables, entre otros, eran factores que propiciaba el desequilibrio del estado de salud de la población (p. 15-21).¹⁵

En 1948, tomando en cuenta las variables de los factores determinantes que influían los estados de salud de los individuos, en el Glosario de Promoción De La Salud (1998) la Organización Mundial para la Salud (OMS) concibe el término Salud como el “estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, en 1986 en la carta Ottawa se incluye la paz, educación, equidad, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable e incluso en este apartado considera a la salud como un derecho para todos los seres humanos. (p. 10). A partir de éste enfoque se da a conocer institucionalmente la promoción de la salud, el compromiso que adquieren los países (miembros de la OMS) a favor de mejorar las condiciones y

¹⁴Restrepo y Málaga explican que “E. Chadwick jugó un papel preponderante en la revisión de las Leyes de los Pobres y se colocó entre los pioneros de la salud pública inglesa, Federico Engels escribió varias obras sobre las enfermedades y sufrimientos de los trabajadores, Engels describió las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de a las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, las raíces de la enfermedad y muerte prematura de los trabajadores de Inglaterra, Virchow fue uno de los más celebres salubristas políticos de la historia, él se atrevió a declarar abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre”(p. 20, 21).

¹⁵Es importante destacar el pensamiento de los autores citados tienen en común el estudio de las causas de muerte que se presentaba en las clases sociales, analizando que la calidad de vida socioeconómica es un elemento determinante que condiciona los estados de salud de las personas por ejemplo, la clase obrera moría por causas laborales (accidentes, afecciones pulmonares, enfermedades del corazón, etc.) las clases marginadas por sus condiciones de pobreza, alimentación, vivienda, higiene, etc., las causas de muerte derivaban por enfermedades infectocontagiosas y en el caso de la clase privilegiada moría por enfermedades crónicas degenerativas (obesidad, cardiovasculares, cáncer, entre otros)

esperanza de vida de la sociedad individual y colectiva. A través de la implementación de programas en sus gobiernos, México se suma al compromiso de aplicar acciones de promoción de la salud, para mejorar la calidad de vida de la población infantil, para ello se crea el Programa de Salud Escolar implementado en las escuelas oficiales del Distrito Federal¹⁶.

2.2. Educación.

Es un concepto polisémico por las variadas definiciones que se le otorga¹⁷, sin embargo, de todas las existentes, en este apartado sólo se considerara la educación escolar, la cual definiremos bajo las visiones tradicional pasiva y la activa Suárez (1995) en su libro de la educación explica que “la pedagogía tradicional centra a la educación en la trasmisión de conocimientos, normas y valores, sin embargo, la pedagogía activa , se basa en la convicción de que es más importante aprender a aprender que aprender algo, fija su atención en el método”¹⁸ (p.: 12, 13).

En éste último, refiere que los educandos a partir de aprender a analizar críticamente su realidad personal y social son capaces de adquirir juicios de razonamiento para la solución a problemas y necesidades individuales y colectivas que se le presenten en sus etapas de vida. Blanco (1992) refiere a autores como Stenberg (1983), Beyer (1984), Bloom (1987), que

¹⁶Cf. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Entornos y comunidades saludables. Programa de Acción Específico 2007-2012 Escuela y Salud.

¹⁷De salud, de economía, de civismo, de cultura general, escolar, etcétera.

¹⁸Refiere a métodos activos y dinámica de grupos que permitan en los educandos al desarrollo crítico y creativo.

respaldan este tipo de visión educativa definiendo que “la educación es enseñar a pensar, razonar, analizar de forma crítica, para la resolución de problemas” (p.23).

Si el educando es capaz de identificar sus propias necesidades a través de los objetivos inmediatos de la educación podrá llegar a la resolución de conflictos. Álvarez (1995) en su argumentación al respecto de lo señalado dice lo siguiente:

los objetivos de la educación son la impartición de conocimientos, el desarrollo de aptitudes y la adopción de actitudes acordes con el grupo social, puede decirse que la instrucción¹⁹ es, parte de la educación, ya que la adquisición de conocimientos trae consigo, por lo general, un cambio de actitud y de comportamiento, que es precisamente lo que pretende la educación. (p. 5)

El Diccionario de la Lengua Española (2001) encontramos que la educación “es la perfección de las facultades intelectuales y morales del niño o del joven, por medio de preceptos, ejercicios, ejemplos, etc.” (p. 585). Heinz (2001) explica que la educación es “la influencia que quiere ejercerse sobre la persona con el objetivo de comunicar o complementar conocimientos, valores, formas de conducta y destrezas.” (p. 259)

En términos generales, la educación es proporcionar al educando los medios que le permita adquirir los conocimientos para la construcción cognitiva de conceptos, juicios y

¹⁹De acuerdo a Feroso (1990) “es un vocablo de origen latino que etimológicamente significa “construir en” y se usa en un sentido psicológico de “información”, “trasmisión de conocimientos”. En ciencias de la educación instruir es un trasvase de contenidos culturales, es una enseñanza, es un adoctrinamiento , es una información, es un desarrollo intencional de la capacidad asimiladora intelectual que posee el hombre, lo cual le permite situarse mejor en medio del mundo que le rodea, heredar la tradición, revisar las lecciones de estas derivadas, poseer elementos de juicio y de relación para avanzar y crear” (p. 153)

razonamientos que le servirán para interpretar la realidad además de la conducta que asumirá de acuerdo al ambiente sociocultural al que pertenece.

Los conocimientos que adquiere el educando pueden ser formales o informales. La educación informal proviene de la adquisición y acumulación de saberes o conocimientos principalmente por la familia y continua con su entorno ambiental o social, cultural, religioso, entre otros, este proceso dura toda la vida. La formal o escolar por su parte consiste en la adquisición de conocimientos sistemáticos de ideas, hechos y técnicas, por lo que ambas proporcionan información que generan en los niños el desarrollo de identidad y pertenencia, ya que estructura en el infante el desarrollo de pensamiento, las formas de expresión, la madurez, integración y convivencia.

Por lo tanto, se conjetura que la educación está presente en todas las etapas de la vida²⁰ del ser humano (desde que nace hasta que muere). En el proceso de recopilación de información adquirida por sus educadores, el educando construye dentro de sí, distintos bagajes propiciados por su entorno sean éstos de tipo formal o informal que le permiten desarrollar sus capacidades, aptitudes, actitudes y creencias,

Ahora bien, considerando la formación educativa formal y el tiempo que pasan los niños en una institución escolar (promedio de entre cinco a ocho horas diarias). *El Programa de Salud Escolar (2010-2011)* refiere que la escuela es un lugar donde los estudiantes no sólo reciben clases, sino también desarrollan “hábitos de vida saludables, ya que proporciona al

²⁰los argumentos de Suárez (1995) pueden ser consultados en el libro *La educación*, del mismo autor en las páginas 16 y 17.

educando las herramientas del conocimientos técnico y científico, además de los valores de convivencia y solidaridad, así como el conocer y experimentar las vías de participación consciente y organizada que le permitirán en el futuro ser una persona sana en lo individual y lo colectivo” (p. 3).

Para que esto pueda ser factible o sustentable, es necesario que el educador se interese por conocer los factores internos y externos que condicionan los estados de salud de los estudiantes, que tenga las habilidades necesarias para la instrucción y orientación de acciones educativas, en coherencia con las necesidades psicofísicas del niño, para proporcionar información sobre los cuidados de la salud, en la que los educandos adquieran una nueva cultura de comportamientos, creencias, valores pertinentes en promoción al cuidado de su propia salud, en el desarrollo integral de su calidad, estilos de vida individual y colectiva.

Los educadores²¹ son una parte fundamental para fomentar medidas higiénicas en el ambiente escolar, por lo tanto, la escuela es el lugar donde los niños desarrollan sus capacidades intelectuales y sociales, pero también es un lugar de vulnerabilidad de adquisición o transmisión de enfermedades. Terrón Bañuelos (2000) refiere que los higienistas la escuela “es vista como uno de los lugares de intervención de medidas higiénicas, dado que en ella se consideran tres elementos de riesgo concomitante: su consustancial aglomeración y hacinamiento, la vulnerabilidad característica de la edad (infantil

²¹No exclusivamente los profesores, se consideran todos aquellos actores que intervienen en el proceso educativo del niño como: los padres, la familia, la comunidad, entre otros, que forman parte del desarrollo de formación de habilidades, destrezas y capacidades del infante.

y adolescente) y los riesgos patológicos específicos que genera la actividad propiamente escolar” (p. 74).

Ante estas situaciones de riesgo y vulnerabilidad de los escolares por las enfermedades estacionales, etapas propicias de la edad, se suma la alarmante situación psicopatológica y social que actualmente presenta la población infantil como: el sobrepeso que origina la obesidad, la bulimia, la autoestima, embarazos no deseados, por mencionar algunos, estos fenómenos de salud son un foco de atención para las autoridades sanitarias y de educación, por lo tanto, para salvaguardar la integridad de la salud de los niños, es importante la toma de estrategias que permitan coadyuvar el estado de salud de la población escolar, como las medidas de acción que realiza la educación para la salud.

2.3. Educación para la salud.

A raíz de fomentar la responsabilidad social a las acciones de conductas saludables, la OMS propone como estrategia la educación para la salud en los programas de gobierno. Su principio es propiciar información a la comunidad, para que los sujetos se apropien de los conocimientos técnicos y científicos, obtengan las herramientas necesarias que les permitan tener control de los determinantes de la salud, para cumplir con los objetivos y propósitos que define la promoción de la salud. Al respecto, Álvarez (1995) opina que:

La educación para la salud es más que la información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la

conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen (p. 45)

Vargas (2004) refiere que la educación para la salud:

Se orienta a la integración del conocimiento no como un fin en sí mismo, sino como un medio para el desarrollo de habilidades y actitudes relacionadas con la salud de los estudiantes y su ambiente, pretende que los alumnos construyan de manera intencionada y ordenada conocimientos que construyan las bases científicas para descubrir y analizar los problemas prioritarios de salud propiciando así la creación y el fomento de hábitos, habilidades y actitudes favorables a la salud individual y colectiva en aspectos cotidianos, valiéndose de instrumentos tales como el esquema de la historia natural de la enfermedad para la valoración de los niveles de prevención, sobre todo del que se refiere a la promoción de la salud (p. 11).

De acuerdo al Glosario Promoción de la Salud (1998)

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria²², incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (p. 13).

Los conceptos mencionados en este apartado, nos permiten tener una clara idea de las acciones y propósitos que realiza la educación para la salud, en la cual los educadores y

²²La OMS (1998) refiere que la alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida.

educandos ejercen un compromiso voluntario de modificar hábitos y costumbres, en un papel de participación comunitaria, para propiciar conductas saludables en su calidad y estilos de vida.

2.4. Estilo de vida.

La toma de decisiones que realiza el individuo en sus estilos de vida, en cuanto a sus conductas de elección al cuidado personal y colectivo dependerá en medida si éstas serán benéficas o riesgosas para su salud, de acuerdo al Glosario de Promoción de la Salud (1998) el estilo de vida “es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condicionantes de vida socioeconómicas y ambientales” (p. 27). La influencia y control de decisiones personales que tiene el individuo (sobre su mismo ambiente social, económico y cultural) si éstas están dirigidas a hábitos perjudiciales, conllevara al sujeto a la adquisición de enfermedades o hasta la muerte.

Por lo tanto, si los sujetos no están encaminados en dirección a conductas saludables, tienden a desarrollar afecciones nocivas, que perjudican a futuro los estados de salud biológica, psicológica y social de los individuos. Para que se fomente una cultura saludable que favorezca la calidad y estilo de vida, es prudente promover desde edades tempranas acciones de conductas saludables en el sistema educativo formal y en la educación informal, pues estas, construyen en los educandos aprendizajes que los capacita para adquirir conocimientos, valores y costumbres.

Se considera a la escuela como una institución educativa formal donde los infantes pueden desarrollar habilidades que les lleven a aprehender el ejercicio cotidiano de la promoción de la salud, con este objetivo se crean escuelas promotoras, la definición que le otorga el Glosario Promoción de la salud (1998) refiere que una escuela promotora de salud:

[...] implica al personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud.

La Iniciativa que la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza en relación a la Salud Escolar Mundial tiene por objeto ayudar a todas las escuelas a convertirse en “promotoras de salud”, por ejemplo, alentando y apoyando redes internacionales, nacionales y sub-nacionales de escuelas promotoras de salud y ayudando a crear estructuras nacionales que promuevan la salud a través de las escuelas.
(p. 22).

Las cifras de incidencia y prevalencia²³ del estado de salud, que presentan los escolares como mortalidad infantil, discapacidad auditiva, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad,

²³Casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad (Epidemiología de la obesidad: web). el 1.6% de la población infantil en el 2010 presento algún tipo de discapacidad (INEGI: web), En el 2013 las defunciones de niños de 1 a 4 años de edad, 3006 fueron niños y 2367 fueron niñas, sumando un total de 5373 (mortalidad infantil INEGI: web). En el 2006 niños de 5 a 14 años de edad padecen diabetes mellitus no insulino dependientes (Tipo II) de 5 a 9 años 126 niños, de 10 a 14 años 267 niños (Escuela y salud 2007-2012:24). Según variables seleccionadas, por sexo en México adolescentes de 10 a 19 años sufrieron daños a la salud por algún tipo de violencia; en el hogar hombres 6.8%, mujeres 21.1%, en la escuela hombres 24.6%, mujeres 24.9% (Escuela y salud 2007-2012:29). En cuanto a las adicciones y consumo de tabaco el 1.5% fuman por primera vez a los 10 años o menos, 15% inicia el consumo entre 11 y 14 años de edad (Escuela y salud 2007-2012:33).

adiciones, lesiones por accidentes viales, depresión, anorexia, bulimia, entre otras, son de grave preocupación para nuestro país. Las enfermedades estacionales unidas con las psicosociales cobran mayor fuerza en el mundo y en la sociedad mexicana ante estas situaciones, la OPS y la OMS impulsaron programas de promoción y educación para la salud en el ámbito escolar.

Según a los datos proporcionados por la Secretaría de Salud y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2009) las iniciativas de Escuelas Promotoras de Salud en 1998 procuraron ofrecer un nuevo enfoque, basado en una renovación conceptual del vínculo entre salud y educación, en el ideario de promoción social y participación comunitaria que emergió en la carta de Ottawa (1986). El nuevo modelo de las escuelas promotoras de salud, buscó integrar una tradición histórica, los programas de salud escolar orientados a la prevención y promoción de la salud (p. 13)

En nuestro país existe una diversidad de programas propicios para cada necesidad social, desarrollado por la Dirección General de Promoción de la Salud (2013), que es:

La Unidad Técnica Normativa, dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, cuya misión es normar, planear, coordinar, supervisar evaluar y asesorar las acciones para promover la salud de la población en las entidades federativas, por medio de la elaboración y difusión de normas, modelos operativos, documentos técnicos y materiales de apoyo, así como la capacitación del personal responsable a nivel estatal. Con respecto a su visión, hace referencia a ser líder que ejerza la rectoría en promoción de la salud como eje

impulsor e integrador de los programas de salud, del soporte social sostenido del Sistema de Protección Social de Salud y de la democratización de la salud, asegurando la gobernancia y sustentabilidad de los servicios de salud en México, generando una mejora en la economía y la calidad de vida de los individuos, familias, comunidades y población en general (web).

El compromiso de ejercer en el país acciones que mejoren las condiciones de la calidad de vida de los grupos vulnerables, la DGPS desarrollo dentro de sus programas de acción el de: *la Salud en el Municipio: con la familia, escuela y comunidad* cuyo contenido se desglosan otros sub-programas específicos que dirigen diversas áreas de salud como: la familiar, escolar, municipios saludables, entre otros, que abordan acciones alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, de entre los cuales está el *Programa de Salud Escolar*; que es la que nos ocupa en este documento y se encuentra explícitamente descrito en el capítulo uno.

Como parte de las estrategias de generar cambios de conductas saludables en los estilos de vida. El *Programa de Salud Escolar* en su visión refiere acciones de promoción de la salud. La trayectoria histórica que ha tenido dicho concepto a generado gran impacto nacional e internacional en los programas de gobierno y en las políticas públicas, la importancia de examinar y conocer su trascendencia nos permitirá comprender el por qué los estados la integraron en sus protocolos de salud.

El capítulo siguiente refiere el proceso de origen y nacimiento de la promoción de la salud, su institucionalización a partir de las conferencias internacionales, así como el

compromiso que adquiere México para aplicar en sus programas de gobierno y estrategias de promoción de la salud.

Capítulo III. Promoción de la Salud

La salud es muy importante para todos los grupos sociales desde que se consideró como un derecho (más que un privilegio). Es un recurso necesario para la vida y no como el objetivo de la misma, bajo esta visión, Cerqueira (2003) considera, que los Estados Miembros de la OMS a través de los pactos internacionales, y en compromiso al fomento y mejora de calidad en la vida humana, deberían “incorporar los conceptos y estrategias de promoción de la salud en sus protocolos de atención sanitaria con el objeto de promover hábitos de vida saludable” (p. 39)

3.1. Antecedentes.

La Promoción de la Salud surge como una estrategia política, a partir del cambio trascendental del paradigma de salud y la situación crítica que enfrentaba el sistema biomédico. La falta de respuesta a los problemas epidemiológicos de morbilidad y mortalidad de la gente, estaban muy lejos de los argumentos mostrados por los determinantes de la triada ecológica²⁴, es decir, la respuesta que ofrecía la medicina no era suficiente para dar explicación al desarrollo de todas las enfermedades que se presentaban en ese momento, por lo tanto, se descarta que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad.

²⁴La triada explica tres factores que condicionan los estados de salud de los sujetos: agente, representa los elementos microscópicos patógenos como: virus, bacterias, hongos, etc., huésped; es el individuo susceptible a adquirir cualquier tipo de enfermedad dependiendo de su condición física, biológica y psicológica, ambiente; son las condiciones climáticas, geográficas, sociales, etc., que pueden alterar las condiciones de salud de los individuos.

Cuando se llega a conocer la totalidad del concepto de salud, como el bienestar biopsicosocial de los individuos, el panorama se amplía y nos permite explicar que existe una multifactorialidad de variables determinantes, que influyen y afectan la homeostasis de la salud en los sujetos de forma individual y colectiva. La alimentación, el trabajo, la educación, el medio ambiente, la vivienda, el entorno, entre otros, son factores que se consideran elementos circunstanciales que determinan los riesgos de salud-enfermedad de las personas.

El estudio y análisis etiológico de las enfermedades crónico degenerativas suscitados entre los siglos XVIII y XIX (Inglaterra y Francia después de la guerra y en el periodo de la industrialización) ponía en evidencia que las condiciones ambientales, la pobreza, marginación, exclusión y desigualdad social, generaban ciertas anomalías de salud. El incremento de mortalidad por problemas cardiovasculares, cáncer, pérdida de facultades por accidentes, desnutrición, adicciones, por mencionar algunas, confirmó que la salud-enfermedad está ligada a factores determinantes multi-causales.

Los hechos trascendentales de cambios paradigmáticos de la salud Chapela (2008) refiere que en el “siglo XX, con los aportes de la filosofía, la sociología y la economía a la medicina, entre otros, las propuestas de formas de entender la salud se multiplican” (p. 3) por lo tanto, la medicina alópata pierde exclusividad, con ello surge como medida política-estratégica la Promoción de la Salud, ésta en la actualidad ha tenido gran reconocimiento en el mundo debido a los pactos internacionales llevados a cabo en distintos países. La OMS en común acuerdo con los Estados Miembros, tienen la finalidad de solicitar a los gobiernos el

compromiso de aplicación de los programas, de llevar a cabo acciones estratégicas de promoción de la salud, para mejorar la calidad en los estilos de vida que preserven la integridad y dignidad humana de la sociedad.

Para que esto pudiese llegar a ser posible y se le otorgara oficialmente reconocimiento a la promoción de la salud, existieron una serie de acontecimientos históricos-evolutivos, heredados por los primeros pioneros que abordaron a la promoción como parte de las acciones, para mejorar las condiciones de salud en los individuos. Henry E. Sigerist (1946) quien fue un influyente historiador de la medicina del siglo XX y el primer precursor de la promoción de la salud, diferencio la salud de la enfermedad, Czerenia y Manchado (2008), explican que para éste predecesor la salud se fomenta a través de proveer en los sujetos “condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso definiendo así, cuatro áreas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración del enfermo y rehabilitación” (p. 21).

Restrepo y Málaga, mencionan que otro actor importante que apporto elementos relevantes al marco teórico de la promoción de la salud fue, Thomas Mckeown, quien realizó una investigación científica de los índices de reducción de la mortalidad existentes en Inglaterra después de 1840, concluyó que la salud va más allá de las cuestiones médicas. En su estudio expone ciertos factores determinantes como: los estilos de vida, la economía y alimentación como elementos que influyen en los estados de salud de la población.

A raíz de los pensamientos de Mckeown, en 1974 Marc Lalonde describe que la salud es mirar más allá de la atención de la enfermedad, en su informe titulado: *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, describe cuatro componentes determinantes de la salud: el medio ambiente (entorno), biología humana, estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud.

Según Restrepo y Málaga (2001), en la reunión organizada por la OMS en Alma Ata en el año de 1978 en lo que respecta a la Atención Primaria de la Salud y considerando el propósito Salud para Todos en el Año 2000, se define a la salud como:

El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

A partir de estos planteamientos surgieron diversos documentos importantes que contribuyeron a mejorar la atención de la salud, sin embargo, aun con todos los elementos y propuestas declaradas, el concepto de promoción de la salud oficialmente es dado a conocer en 1986 en Ottawa, lugar donde se llevo a cabo la Primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud.

En el *Glosario Promoción de la salud* (1998) la OMS define a la promoción de la salud como:

El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes²⁵ de la salud y en consecuencia, mejorarla. Se identifican tres estrategias básicas: la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción: Establecer una política pública saludable, creación de entornos que apoyen a la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud. (p.10, 11)

A partir de entonces le siguieron otras conferencias internacionales que aportaron declaraciones y planteamientos importantes a la Promoción de la Salud. Desde 1986 hasta el 2013, se tienen registradas ocho. En este apartado, se abordara desde la quinta conferencia, ya que en ésta declaración ministerial la promoción de la salud adquiere un grado de reconocimiento máximo de primordial responsabilidad por parte de los gobiernos para abordar con urgencia los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud a través de las de acciones estratégicas de la promoción y que a continuación referimos en este documento.

²⁵Sarria (2014) explica que los “ indicadores del contexto político, histórico, económico, social y cultural, como conductas de riesgo para la salud, factores psicosociales, circunstancias materiales de vida, condiciones del área de residencia, de la vivienda y del lugar del trabajo además de las medidas socioeconómicas son catalogados en la literatura especializada como determinantes de la salud” (p. 492)

2000, Quinta Conferencia mundial de Promoción de la Salud; México. Tema “Promoción de la Salud hacia una mayor equidad”. Se establecen los compromisos políticos de los gobiernos a favor de la promoción de la salud, ubicándola como una estrategia central en las políticas y programas nacionales de desarrollo, se realizan los lineamientos para la elaboración de planes nacionales de acción para su fortalecimiento. Sus áreas de acción fueron: Promover la responsabilidad social por la salud, ampliar las capacidades de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar ampliando las alianzas en pro de la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, asegurando una infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

2005, Sexta Conferencia Internacional. Bangkok, Tailandia. Tema: “Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial” Identifica los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, la carta pide que un mayor número de interesados directos se comprometan con las iniciativas para lograr la salud para todos, aboga por una coherencia en las políticas para la promoción de la salud, y mayor colaboración entre los gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado. Estipula cuatro objetivos dirigidos a: Garantizar que la promoción de la salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo, hacer que la promoción de la salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos, incluir la promoción de la salud como una buena práctica corporativa y fomentar la promoción de la salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

2009, Séptima Conferencia Internacional. Nairobi, Kenia. “La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud”. Identifica estrategias, compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud exponiéndolos en los siguientes puntos: Utilizar el potencial no explotado de la promoción de la salud, integrar los principios de promoción de la salud en la agenda política y de desarrollo y desarrollar mecanismos efectivos de entrega.

2013, Octava Conferencia Internacional. Helsinki, Finlandia. Tema: “Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas de salud”. Declara el compromiso de los gobiernos en: Dar prioridad a la salud y la equidad como responsabilidad fundamental de los gobiernos a sus pueblos, afirmar la necesidad imperiosa y urgente de la coherencia de políticas efectivas para la salud y bienestar; y el reconocimiento de que se requiere voluntad política, valentía y visión estratégica²⁶.

Los reconocimientos otorgados a la promoción de la salud en cada una de las conferencias, según Restrepo y Málaga (2001) “ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino también la calidad de vida de la gente” (p. 27)

²⁶Las conferencias presentadas en este informe, pueden ser consultadas en las páginas de internet con sus respectivos nombres o en los siguientes libros. Czeresnia y Manchado, (2008:35-37). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. Restrepo, Helena E. (2001). *Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá. Panamericana.

Ante esta perspectiva, Giraldo (2010) expone que la promoción de la salud “constituye una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad.” (p. 130).

Por lo tanto, hay que considerar que la promoción de la salud necesita de otras disciplinas para desarrollar acciones estratégicas que permitan a todas las personas o grupos sociales a potencializar su salud.

García (2004) explica a través de González Molina que la promoción de la salud:

[...] va más allá de los sistemas de cuidado médico de la educación en salud o de la prevención de la enfermedad. Ella constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad; no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir (estilos de vida) de la población.

Como principio fundamental promoción de la salud reconoce que los determinantes de la salud, están fuera del contexto de la atención médica y del sector salud propiamente dicho. Consecuentemente con esta realidad, propone una construcción social de la salud a través de estrategias que involucran a múltiples sectores, incluido el propio sector salud (p. 14, 15).

La postura de la promoción de la salud es la integración global, no sólo de los múltiples sectores, sino que incluye la participación de la acción comunitaria y los diversos actores multidisciplinarios que forman parte de las relaciones sociales, que en convivencia e interacción sociocultural, en conjunto, desempeñan un papel importante en el desarrollo de habilidades conductuales en pro de adopción de estilos de vida saludables en forma individual y colectiva. Parte de las estrategias que persigue la promoción de la salud para generar nueva cultura son: la educación para la salud, acciones legislativas y comunitarias. Pretendiendo con lo anterior generar en las personas un cambio visionario para que la salud sea vista como un recurso de vida y no como un objetivo, al mismo tiempo, se busca desarrollar la concepción de juicios, razonamientos, abogacía y autocuidado de la salud²⁷.

Por consiguiente, a lo largo de tres décadas la promoción de la salud, se ha visto fortalecida en cada conferencia internacional, debido a que en ellas, se han considerado medidas estratégicas, para abordar áreas específicas que determinan los estados de salud de los grupos sociales como: la modificación de los determinantes sociales e incluir la intervención intersectorial para mejorar las condiciones de salud en el mundo, impactar en los países para que los gobiernos consideraran la importancia de potencializar a la promoción de la salud como estrategia central en la políticas y programas nacionales de desarrollo de cada país. Resultado de ello, hoy día la promoción de la salud se encuentra incluida en diferentes sectores de gobierno como lo son el de salud y educación, la unificación de ambos campos, ha

²⁷Véase Programa de Acción Específico 2007-2012, Entornos y Comunidades Saludables, Secretaría de Salud y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

dado como efecto el impulso de programas específicos que en conjunto con las autoridades correspondientes y el apoyo municipal, estatal y local se aplican en los programas estrategias que están encaminadas a promover en las personas el desarrollo de conductas saludables en los estilos de vida de los individuos o grupos sociales que genere en ellos, perspectivas del cuidado de la salud.

3.2. Promoción de la Salud en México²⁸

Ovalle (1998), describe que desde la colonización, México tuvo grandes cambios en materia de salud, debido a la masividad de muertes por enfermedades infectocontagiosas desconocidas (traídas por países invasores o colonizadores) que afectaron a la población indígena, por ende, se crearon centros hospitalarios que eran dirigidos por el cléro, el alto índice de incidencias de epidemias y hambruna causadas por las inclemencias del clima, plagas e inundaciones originaba altas tasas de mortalidad en las comunidades más vulnerables del campo y la ciudad, la introducción de las vacunas en 1804 favoreció que se contrarrestara las patologías que causaban las muertes de los pobladores.

Sin embargo, durante el gobierno de Gómez Farías en 1833, se desarraigó la antigua Universidad Pontificia y creó el establecimiento de las Ciencias Médicas, en la que reformó la enseñanza con el establecimiento de un programa docente avanzado para la época. A mitad

²⁸La información que se presenta en este apartado corresponde textualmente al documento elaborado en la Quinta Conferencia de Promoción de la Salud, llevada a cabo en el año 2000.

del siglo XIX surgieron médicos relevantes que realizaron adelantos clínicos e incorporaron avances europeos como la antisepsia.

Durante la Reforma de Juárez en 1861 se creó la Dirección General de Beneficencia²⁹ (p.113, 114), en ese mismo año, de acuerdo al informe que presenta la Sociedad Mexicana de Higiene y Salud Escolar, A.C. (1982), en su promulgación de la Ley de Instrucción Pública, propone los conceptos de higiene en las escuelas primarias y secundarias, en la que los maestros estaban obligados a incluir e impartir enseñanzas de educación higiénica.

Gabino Barreda, sin embargo en 1867, se encargo de implementar en el sistema de enseñanza el positivismo, cuya filosofía disciplinaria consideraba a “la sociedad como un complejo y gran organismo que requería de la perfecta salud de los individuos para su correcto funcionamiento” (p.11)).

Posterior a esto, se realizaron diversas acciones para establecer estrategias de la salud en los planteles educativos y que a continuación se incluye la siguiente cronología que expone los acontecimientos que contribuyeron a mejorar el nivel de salud de los educandos³⁰.

1882 el magisterio nacional convoca la celebración del “Primer Congreso Higiénico Pedagógico”. El sector pretende conocer y establecer las condiciones de higiene y seguridad en que deben de funcionar los planteles educativos, asimismo se propone conocer y normar la calidad, diseño y funcionalidad del mobiliario y los útiles escolares, procedimientos de

²⁹Ovalle (1998) explica que la finalidad de su creación fue para centralizar los servicios hospitalarios y para organizar coordinar y sostener con distintos medios (impuestos, loterías, fondos dotales y legados), la beneficencia pública a fin de convertirla en un servicio público dependiente del Estado (p. 114).

³⁰La cronología que se presenta a partir de la fecha del párrafo continuo fue extraída textualmente del documento Sociedad Mexicana de Higiene y Salud Escolar A.C. (1982) a partir del año de 1882 hasta el año 1981.

prevención de padecimientos infectocontagiosos que afectan a los escolares y la propuesta al gobierno para nombrar un cuerpo médico que atendiese los servicios higiénicos de los planteles educativos, entre otras cosas.

1906 el Dr. Maximiliano Silva, estableció la Sección de Antropometría e Higiene Escolar implantando el examen médico individual para los alumnos.

1920, se efectúa el primer Congreso Mexicano del Niño, se expuso la necesidad de dotar a la educación mexicana de bases científicas sobre el desarrollo físico y mental de los educandos, surgiendo así el Departamento de Psicopedagogía e Higiene que en 1942 adopta la denominación de Departamento de Higiene Escolar y en 1954 adquiere el rango de Dirección General.

1959, los servicios médicos pertenecientes a la SEP se integran al ISSSTE , excepto los servicios dirigidos a los escolares que continuaron incorporados al sector educativo hasta 1981, en ese mismo año, el 25 de mayo se firmo un convenio entre la Secretaria de Salubridad y Asistencia y la Secretaria de Educación Pública, a partir del cual ésta última se aboco preponderadamente a la Educación para la Salud en el plano de la educación formal, enriqueciendo sus programas con los temas sugeridos por el sector salud.

La dimensión que cobro la unión de ambos sectores, dio cabida a que la educación para la salud, fuese una herramienta básica en la educación escolar de los diferentes niveles, sin embargo, en 1986 la OMS al establecer nuevas perspectivas para que los individuos y grupos sociales desarrollaran conductas saludables en pro de su salud, propone acciones estratégicas de promoción de la salud (es de recordar que a partir del año mencionado, se

llevo a cabo la primera conferencia de promoción de la salud, posterior a ella , surgieron otras que aportaron declaraciones y planteamientos importantes que dieron nuevos enfoques para ejercer estrategias que permitieran mejorar la calidad de vida de los sujetos).

Por lo tanto, México en 1995 denomina la Dirección General de Promoción de la Salud³¹ cuya finalidad es “lograr fortalecer en la población las oportunidades para mejorar, conservar y proteger su salud física, mental y social, a través de la comunicación educativa, la educación para la salud y la participación social corresponsable”. Los compromisos jurisdiccionales que nuestra nación adquiere con respecto a materia de salud. En el año 2000 al llevarse a cabo la Quinta Conferencia de Promoción de la Salud en nuestro país, México convenio en ejercer reconocimiento central, para invertir en programas y políticas de promoción de la salud y lograr con ello, cambios sociales y equidad de salud en todos los sectores y niveles de la sociedad. Por lo que a continuación, en el siguiente párrafo se describirá parte de los hechos registrados oficialmente en la quinta conferencia sobre las estrategias que México llevo a cabo de promoción de la salud en los programas de gobierno³².

En la *Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: De las Ideas a la Acción (DMM)* se estableció que: la promoción de la salud debía ser un componente fundamental de las políticas y programas públicos en todos los países que procuran alcanzar equidad y mejor salud para todos, en su compromiso estableció realizar

³¹Es de mencionar que en años posteriores tenía otras denominaciones que a lo largo del tiempo ha ido cambiando, si al lector le es de interés indagar el origen de la Dirección General de Promoción de la Salud puede consultarlo en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/acerca_dgps.html

³²La información que se presenta a partir del siguiente párrafo es una síntesis de lo que se planteo en la conferencia.

apoyo en la preparación de planes nacionales de acción para promover la salud, según sea el contexto.

Bajo este enfoque, la sesión Plenaria D presento “diversas experiencias mexicanas de promoción de la salud como un enfoque transversal aplicado a la prevención de enfermedades. Los cinco temas fueron: un resumen de los programas estratégicos de la Secretaría de Prevención y Control de las Enfermedades; la estrategia de promoción de la salud del programa de inmunizaciones; enfoques de la salud en la salud del anciano; paquetes básicos de atención de salud y componentes de educación sanitaria del libro de texto que distribuye gratuitamente la Secretaría de Educación Pública”.

Las iniciativas y temas tratados fueron diversos: (en este documento sólo se mencionara parte de ellos).

PROGRAMA Y/O CAMPAÑA	ACCIONES
Estrategias de comunicación como “Mensajero para la Salud”	Información por radio para promover el uso adecuado de los servicios de salud y el autocuidado.
Municipios que propician la Salud.	Estrategia que aboga por políticas públicas favorables a la salud y permite acciones sectoriales cruzadas para la creación de entornos saludables y propicios.
Escuelas Promotoras de la Salud	Proporciona aptitudes para la vida social y culturalmente pertinentes y actividades escolares sobre la salud centrada en el desarrollo de jóvenes y adolescentes.
PROGRESA	Ofrece paquete básico de atención de salud cuyo objetivo es el ampliar la cobertura de los servicios de salud. Promueve el autocuidado e imparte adiestramiento permanente a los trabajadores de salud para brindarles el paquete básico de atención de salud.

El programa de salud escolar del Ministerio de Educación.	Introducción de conceptos de salud fundamentales que están incluidos en el Programa de Libros de Texto en forma gratuita.
---	---

Éste último, se centro en el desarrollo de aptitudes para la vida, valores, actitudes, prácticas para una vida saludable, gratificante en la que se incluyo la autoestima, el amor propio, el respeto por los demás, la equidad entre género y la tolerancia, pretendiendo con ello, que los niños desarrollaran un concepto integral de la salud, aprendieran a expresar y controlar sentimientos para establecer relaciones afectivas, identificaran cambios en su propio cuerpo y a proteger el ambiente.

Sin embargo, durante las presentaciones de los estudios de casos en México y las diversas experiencias que ilustraban la promoción de la salud, se aportaron ideas a la cultura a nivel de la comunidad. Las experiencias ilustraron la pertinencia de la promoción de la salud a nivel local, pero, era claro que aún con todo lo llevado a cabo, faltaba entender a la promoción de la salud, por lo que se sugirieren las redes de las “Escuelas Promotoras de Salud”, “Municipios Saludables y las Comunidades” y el “Consortio de las Universidades” que podrían dedicarse a promover una comprensión común de la promoción de la salud” (p. 16-18)

3.3. Promoción de la Salud y el compromiso presidencial en México.

Durante el foxismo, se planteó el *Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006*, en el área de desarrollo social y humano se puntualizaron seis objetivos rectores, dentro de los cuales, los

tres primeros refieren: “Mejorar los niveles de educación y bienestar, acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades e impulsar la educación para el desarrollo de las capacidades personales y de iniciativa individual y colectiva.” (p. 79). Su propósito era elevar la cantidad y calidad educativa, por lo que, en el Programa de Educación 2001-2006 , expuso tres puntos fundamentales que en su gubernativa, el presidente Vicente Fox Quezada, se comprometía cumplir con lo siguiente: Ampliación del sistema educativo privilegiando la equidad, proporcionar una educación de buena calidad para atender las necesidades de todos los mexicanos e impulsar el federalismo educativo, la gestión institucional, la integración y la participación social en la educación.

El programa formulo una serie de programas estratégicos entre los cuales encontramos³³:

Programa enciclomedia: Es un sistema audiovisual que integra y articula medios, recursos y herramientas relacionados con la educación primaria, a fin de enriquecer las experiencias de enseñanza y aprendizaje en el salón de clases.

Programa Escuela de Calidad (PEC): Este programa considera la participación de los maestros, directivos, alumnos y padres de familia para identificar necesidades,

³³En este apartado sólo se mencionara algunos de los programas que se aplicaron en el periodo foxista. Existen otros como: Educación Basada en Competencias PMET y C II, Programa Binacional de Educación Migrante, Programa de Fomento a la Investigación Educativa , mismos que se podrán consultar en la web página: archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/.../3_educacion.htm

problemas y metas realizables orientadas hacia la mejoría de la calidad del servicio educativo.

El efecto de aplicación de los programas mencionados, resulto poco viable para las instituciones educativas, por ejemplo en el caso de la enciclomedia, de acuerdo al estudio de investigación de Domínguez (2010), explica que el programa “pretendía mejorar la calidad de la educación, respondiendo a las necesidades de los individuos a nivel nacional y regional” (p. 38), sin embargo, los hechos presentaron que un 12% de las escuelas previstas carecían de luz, originando con ello su cancelación, asimismo, el cumplimiento de aplicar a los grados de 4°, 5° y 6° año, se redujo sólo a los quintos y sextos debido a la falta de recursos financieros autorizada por la Cámara de Diputados, la falta de cumplimiento de contratos anuales por 5 años por las empresas generaba retardo en entrega de equipos o falta de ellos, entre otros aspectos origino que el programa fuese limitado y poco viable.

En cuanto al PEC, los resultados de evaluación que proporciono el Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) y la Subsecretaria de Educación Básica y Normal (SEB y N)³⁴ detectaron que los docentes y padres de familia visualizaban el programa como “el mejoramiento de equipamiento de la escuela, menor medida en el aprendizaje y poco en la organización escolar”(p. 90), el decreto de obligatoriedad del preescolar desde la edad de 3, 4 y 5 años, aumento la matricula y con ello, el

³⁴Si el lector desea conocer a fondo el análisis de resultado del Programa Escuela de Calidad puede consultarlo en: catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/...v.../capitulo3.pdf

número de alumnos por maestra afectando al calidad de la educación, hubo poca participación por parte de los docentes y padres de familia en cuanto acceso de información y capacitación del PEC, en cuanto a la educación indígena la atención para todos los grados era limitado se contaba con uno, dos o tres docentes, sólo la cuarta parte contaba con todos los maestros para atender los seis grados, entre otros aspectos que se pueden consultar en la web³⁵.

En relación al campo de salud, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo se plantearon cinco objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

Estos objetivos se concretan mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

³⁵ Los dato proporcionados en este párrafo pueden ser consultado en <http://www.observatorio.org/pdf/DebateEspecialSEP.pdf>

5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud (p. 81,82)

Por lo que, en su administración se llevo a cabo el Programa Salud para Todos que posteriormente se identifico como el Seguro Popular a partir del 1° de enero del 2004, los resultados de dicho programa, de acuerdo a los datos de investigación realizada por Cristina Laurel (2013) sobre el *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, refiere que:

[...]el paquete de servicio ofrecido a los afiliados era muy inferior a los seguros médicos de los institutos de seguro social laboral, y sólo incluía un reducido número de enfermedades de alto costo, el número acelerado de afiliación no se amplió simultáneamente con los recursos físicos y humanos, el incremento presupuestal no fue acompañado “de un aumento igual en el gasto público total de salud por lo que los recursos fueron distribuidos entre el seguro popular y los institutos del seguro social (p. 14).

Posteriormente, en el periodo sexenal de Felipe Calderón Hinojosa, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 en la estrategia de la prevención de los daños a la salud en el punto 4.3 instruye la integración sectorial de las acciones de prevención de enfermedades (p. 100), y que se instrumentó en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 en su estrategia 2, a través del fortalecimiento e integración sectorial de las acciones de promoción de la salud y prevención y control de las enfermedades (p. 10), por lo que en el Programa de Acción Específico 2007-2012:

se instrumentaron diversas iniciativas orientadas a mejorar las condiciones en las que se desarrollan los niños y jóvenes, entre ellas: acceso al conocimiento, a la prevención de enfermedades de acuerdo con su edad y sexo, a una alimentación adecuada, a adoptar hábitos higiénicos, a iniciar e intensificar la actividad física, a crecer en espacios que favorezcan la salud; las cuales coadyuvan en mejorar las condiciones para llevar a cabo el proceso de aprendizaje, ofreciendo a los niños y jóvenes, y en general a la comunidad escolar a acceder, con carácter universal, al Paquete garantizado de servicios de prevención y promoción para una mejor salud (p.7)

En base a lo establecido, la Asamblea Legislativa del D.F. 2011 con respecto a la salud operó programas de : atención integral a cáncer de mama, detección de cáncer de mama, acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral (64), en la educación, la estrategia política de acción propuso “ eliminar las brechas de la desigualdad, transformar el actual modelo

educativo para lograr la mejor formación de los educandos, acercar al conocimiento científico y tecnológico de los habitantes de Distrito Federal”, en sus dos líneas políticas que vinculan la equidad social y educativa, unas de ellas menciona los “programas de apoyo, específicos en materia de educación, ingresos, salud, vivienda[...]” entre los cuales se encuentran: Niños talento, desayunos escolares, becas escolares para niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad, entre otros (p. 83).

Los programas mencionados que se aplicaron durante el sexenio de Felipe Calderón, en materia de salud, el informe que presenta la Dra. Bosch (2012) en relación al programa de detección de cáncer de mama, encontró que existió poco material para difusión sobre medidas preventivas y de detección temprana originando con ello, que la trasmisión de información a la población femenina no llegara de manera oportuna, dificultades de acceso en la infraestructura, retrasos en el diagnóstico, pocos hospitales de tercer nivel con servicios de cancerología, entre otros. En cuanto al resto de los programas las situaciones fueron similares.

En materia de educación, las situaciones limitantes que se presentaron en los programas fueron las siguientes: De acuerdo al análisis FODA que presento la Evaluación 2013 al Programa Desayunos Escolares, con respecto a las evaluaciones de los años 2009-2011, “no existió una metodología para cuantificar los efectos del desayuno escolar en la nutrición, el programa sólo era de carácter federal por lo que sólo mantuvo limitaciones de cobertura de atención a los segmentos de población infantil” (p. 6), éstos y otros factores que

se observaron pueden ser consultados en la página web que se encuentra en las referencias del presente documento.

Se puede concluir que los beneficios de los programas llevados a cabo durante el sexenio de Vicente Fox y Felipe Calderón fueron poco eficientes o nulos para algunos grupos o comunidades y aunque los logros de cobertura en los servicios de salud y educación incrementaron, no fueron los suficientes para abordar las problemáticas sociales, económicas, culturales, políticas y ambientales para que la población se beneficiara de ellos.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones observadas en la operación de los programas, el gobierno sostiene que los compromisos para proteger y promover la salud, -ya que es considerada como un valor invaluable-, siguen siendo parte prioritaria de sus funciones, con respecto a ello, el programa *para promover la salud en el municipio*, refiere que “para que se pueda construir y fortalecer las instituciones y los organismos gubernamentales además de atender la enfermedad y sus secuelas, tienen un papel importante, una tarea definida y un gran compromiso con sus comunidades: promover y mejorar la salud de la población, en un marco de gran participación social” (p.3)

El contenido del programa refiere las funciones sistemáticas que cada entidad de los diversos niveles tienen a su cargo y responsabilidad, expone que para que los programas operen la Secretaría se apoya de los niveles estatal, municipal y local (realizando cada uno de ellos sus funciones correspondientes), cada entidad federativa como parte de su estructura de los Servicios Estatales de Salud tienen un área específica de promoción de la salud, cuyas funciones primordiales es la organización, instrumentación y control del programa en el

ámbito estatal. Existen también Jurisdicciones Sanitarias que cuentan a su vez con una Coordinación de Promoción de la Salud, la que opera a nivel municipal e incide en el nivel local en coordinación con las autoridades de salud (p. 4) como se presenta en el siguiente cuadro que indica las funciones, niveles y autoridades responsables donde se llevan a cabo las acciones de promoción de la salud.

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES POR NIVELES

NIVEL	ÁREA RESPONSABLE	FUNCIONES
NACIONAL Secretaría de Salud	Dirección General de Promoción de la Salud	Norma las acciones de la promoción de la salud. Elabora el Programa Nacional de Promoción de la Salud Propone estrategias de acción. Elabora modelos, programas y guías. Capacita al personal de promoción de la salud a nivel estatal. Supervisa y evalúa las acciones de la promoción de la salud.
ESTATAL Servicios Estatales de Salud	Jefatura Estatal de Promoción de la Salud.	Adapta e instrumenta los programas de promoción de la salud. Coordina y concreta actividades de promoción de la salud. Capacita en el nivel estatal. Supervisa el desarrollo de los programas.
MUNICIPAL Jurisdicción Sanitaria	Coordinación de la Promoción de la Salud.	Ejecuta las acciones de promoción de la salud. Capacita en los niveles jurisdiccional y local. Informa para el seguimiento, evaluación y control.
LOCAL Unidades de Salud	Unidad de Salud	Aplica normas y procedimientos. Instrumenta los programas de promoción de la salud. Promueve la participación social y la formación de comités de salud. Informa, orienta y capacita a la población, comités de salud, autoridades locales y grupos.

Fuente: *Con la familia, con la escuela y con la comunidad. En... para promover la salud en el municipio.* (Tomo 3:5).
México: Pro Salud

El siguiente cuadro presenta los programas de promoción de la salud propuestos para los municipios por la Secretaría de Salud.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROGRAMAS	PROPOSITOS
Programa de Salud Familiar	<p>Está dirigido a la familia como núcleo social prioritario, y particularmente a la mujer en su papel de madre y características de género, que tiene entre otras responsabilidades el cuidado y desarrollo de sus hijos.</p> <p>Por ello, necesita ser capacitada para enseñar a sus dependientes los principios de una vida saludable y, por supuesto, ser ejemplo de ello.</p> <p>Objetivo. Promover la participación y la responsabilidad familiar en el autocuidado y conservación de la salud, así como en la prevención de riesgos y daños de la misma.</p>
Programa de Municipios Saludables	<p>Su intención es contribuir a mejorar los niveles de salud y bienestar de la población, mediante programas D e promoción de la salud que fortalezcan el desarrollo en el ámbito local y municipal.</p> <p>Objetivo. Contribuir a mejorar los niveles de salud de la población en el municipio, mediante la realización De proyectos definidos, ejecutados y evaluados con la participación de los habitantes, los sectores y las autoridades locales.</p>
Programa de Salud Integral del adolescente	<p>Desarrolla acciones de educación para la salud, detección y atención de riesgos, promoción de ambientes saludables y participación social en los ámbitos en los que se desenvuelve la población adolescente.</p> <p>Objetivo. Coadyuvar al logro y conservación de un adecuado estado de salud de las y los adolescentes, fortaleciendo sus capacidades para que asuman un alto grado de responsabilidad en el cuidado de su salud y opten por estilos de vida saludables.</p>
Programa de Salud Escolar.	<p>Abarca la promoción y cuidado de la salud de menores de educación preescolar y primaria. Impulsa el desarrollo de cuatro lineamientos generales: educación para la salud, la atención de problemas de salud, la promoción de ambientes escolares saludables y la participación social, ampliando su ámbito de acción a los niveles local y municipal.</p> <p>Objetivo. Contribuir a la promoción y el cuidado de la salud de los escolares para su mejor desarrollo físico, mental con la participación de docentes, padres de familia y sociedad en general.</p>
Programa de Ejercicios para el cuidado de la salud.	<p>Consiste en impulsar la actividad física y el ejercicio, para mejorar los niveles de salud de la población en general, así como para favorecer el desarrollo integral de los niños y jóvenes.</p> <p>Objetivo. Mejorar los niveles de salud de la población mediante la práctica constante, adecuada y segura del ejercicio contribuyendo a la disminución de los padecimientos asociados con el sedentarismo.</p>
Programa de Contenidos Educativos.	<p>Se centra en acciones de información, orientación y educación para la salud, así como en la capacitación del personal de salud institucional y comunitaria. Se enfoca principalmente al uso de los medios masivos de comunicación, pretendiendo lograr cambios en los hábitos cotidianos que lleven a la población a adoptar estilos de vida saludables.</p> <p>Objetivo. Diseñar y aplicar contenidos y materiales educativos así como procesos de formación personal de salud y comunitario que contribuyan al logro de los objetivos de las acciones sustantivas de promoción de la salud y de los programas prioritarios de la Secretaria de Salud.</p>

Fuente: “Con la familia, con la escuela y con la comunidad” en *Para promover la salud en el municipio*. Tomo 3, Dirección General de Promoción de la Salud, SSA. pp. 7-31

Ahora bien, ante lo presentado en este apartado sobre algunos programas que implemento el gobierno federal, tomando en consideración el Programa de Salud Escolar (que es el que nos compete) en el siguiente capítulo se describe de manera explícita las actividades realizadas con el equipo médico y los grupos escolares en cuanto a la planificación y aplicación de las sesiones educativas de salud con la comunidad escolar.

Capítulo IV. Descripción de Actividades: centrales y complementarias

El presente apartado es un reporte de actividades realizadas antes³⁶ del servicio social llevadas a cabo en dos instituciones públicas: la Escuela Primaria Marie Curie Sklodowska y la Escuela Primaria Juan Montalvo, ubicadas en la delegación Benito Juárez en un tiempo de estancia de trabajo de tres meses cada una.

4.1. Descripción de actividades centrales y complementarias.

La descripción del desarrollo de las actividades se divide en dos secciones: actividades centrales y complementarias: La primera se refiere a la planeación general que consiste en la organización sistemática de: nombre de las sesiones educativas de salud con sus respectivos objetivos, asignación de grupos así como tiempo, lugar y personas con las que se trabajo. Los recursos materiales para la aplicación de los temas de salud con los grupos asignados, los tipos de actividades que de acuerdo al tema a tratar se desarrollaron conforme a las características de la población escolar. Una descripción detallada de cómo se llevaron a cabo las actividades con los grupos y las observaciones que obtuve después de aplicar las sesiones

³⁶Ingresé al Programa de Salud Escolar como voluntaria a partir del 10 de enero del 2011, primero como observadora y posteriormente como apoyo en las actividades que realizaba el equipo médico como: control de grupo y dar introducción al tema de salud que aplicaría la doctora, se me permitió posteriormente realizar planeación y ejecución de los temas de salud con los grupos escolares que se me asignaron, de manera oficial el servicio social corrió del 01 de marzo al 01 de septiembre esto me permitió participar también en el periodo vacacional con “Escuela Siempre Abierta” y elaboración de material didáctico para el equipo médico.

educativas de salud, incluyendo las situaciones ambientales y sociales que se presentaron durante el proceso de aplicación en cada una de las sesiones.

La segunda, contiene las actividades complementarias que me fueron asignadas por la jurisdicción, el coordinador y equipo médico, dichas actividades fueron realizadas en coordinación con los escolares y padres de familia. Éstas fueron:

Revisión de niños con problemas de pediculosis (llevadas a cabo entre el equipo médico y la promotora de la salud), en ella se revisaban las cabezas de los escolares para observar la existencia de phthirapteros o liendres, en el caso de los niños que presentaron el problema, fueron canalizados a su núcleo familiar, para que los padres de familia les dieran un oportuno tratamiento.

Otra actividad fue el apoyo a la limpieza bucal y aplicación de flúor. Una vez a la semana a los niños se les enseñó a realizar su limpieza bucal, las instalaciones que se utilizaron dentro de la escuela fueron los baños y el patio. Después de lo anterior, se procedió a la aplicación del flúor.

Revisión médica y logística. Las primeras semanas de instalación del equipo médico y la promotora de la salud en la institución escolar, fueron importantes porque, se realizó la revisión general del estado de salud de cada uno de los escolares matriculados. El apoyo que presté como promotora de la salud fue: medición de peso y talla para realizar el cálculo del IMC. Llenado en algunos casos o dictado de la numerología en los niños atendidos para llenado de los formatos PSE 01, PSE 02 Y PSE 03 y los SIS-SS-CE, éste último se entregaba mensualmente. Los formatos contenían información como: datos generales, nombre de la

escuela y estudiantes, grado y grupo de atención, detecciones de salud de los estudiantes atendidos (nutricional, visual, auditivo, digestivo, entre otros).

Aplicación de cuestionario a los padres de familia del estado nutricional de los niños en la etapa escolar. Se establecieron fechas y horarios para realizar diversas juntas con los padres de familia de los diversos grupos escolares. Las fechas fueron oficialmente propuestas por la Jurisdicción, el coordinador a cargo las dio a conocer al equipo médico. Los cuestionarios se aplicaron del 06 al 24 junio del 2011. A los padres de familia se les explicó el objetivo principal del llenado de dicho cuestionario.

Escuela Siempre Abierta. Durante el periodo vacacional del 18 de julio al 05 de agosto del 2011, se realizaron actividades en tres escuelas públicas con cinco temas de salud: nutrición, enfermedades diarreicas agudas severas (EDAS), infecciones respiratorias agudas severas IRAS, higiene personal (bucal y pediculosis) y prevención de accidentes. También apoye en la campaña de vacunación³⁷, realizada el 13 agosto de 2011. Dicha actividad se realizó a partir de una información generada por la matrícula de los carnet de vacunación, en la cual se registra a la población que requiere dicho servicio de salud. El apoyo lo preste a la enfermera responsable de la vacunación.

Elaboración de material didáctico: Se elaboraron de instrumentos didácticos para ser utilizados como apoyo en la ejecución de los temas de salud con los estudiantes, tales como: rompecabezas, dados, tarjetas y dos archiveros.

³⁷El tipo de apoyo, sólo consistió en acompañamiento y cargar el equipo de vacunación para visitar cada uno de los hogares de los niños que la enfermera tenía a su cargo.

4.1. Planeación de actividades³⁸

Tema: Nutrición. Preparación de alimentos

Grado y grupo: 2° A, B; 3°A, B, C; 4° A, B.

Lugar: Sala de cómputo y/o salón

Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVO	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS ³⁹	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
-Los escolares desarrollarán habilidades de selección de nutrimentos dentro y fuera del plantel que beneficien a su salud.	-Diapositivas con proyecciones interactivas. -Lámina del Plato del bien comer. -Hojas blancas tamaño carta. -6 cartulinas blancas. -Colores. -Marcadores para pintarrón. -Gises de varios colores. -Pegamento. -Tijeras. -diurex.	Canto de integración	Saludar a los niños con afectividad, cortesía y respeto. Se les enseñará a los estudiantes el canto de integración infantil “Saludo triqui triqui”, estimando un tiempo de 5 minutos aproximadamente en cada grupo.
		Presentación de diapositivas	Los niños observarán las diapositivas del tema de nutrición. La presentación contiene fotografías de: Consumo de alimentos que comúnmente se ingieren en casa o en la calle. Explicación del plato del bien comer y por último, láminas interactivas en la que los escolares podrán resolver adivinanzas, identificar y clasificar propiedades de los alimentos.
		Elaboración de collage	Los niños realizarán los siguientes dibujos: plato del bien comer, platillos que consumen en casa que contengan alimentos balanceados. Escribirán recetas para elaborar en casa, que vayan de acuerdo a las recomendaciones que explica el plato del bien comer.

³⁸La planeación de las actividades fueron ordenadas y aplicadas a los grupos de acuerdo a las indicaciones del equipo médico (el principal criterio era atender a las problemáticas de salud que presentaba la institución escolar como las enfermedades infectocontagiosas, o el caso de pediculosis que se presento en la Mari Curie daba prioridad al tema de higiene personal o en tiempos de calor se prestaba para aplicar el temas de EDAS, por mencionar algunos ejemplos), por lo tanto, se observara que el orden de la planeación diferirá en las dos escuelas en cuanto a aplicación.

³⁹Estévez (2000) define el concepto de estrategias didácticas como “un plan, un curso de acción, procedimientos o actividades secuenciales que orientan el desarrollo de las acciones del maestro y de los alumnos y que conducen al logro de un objetivo, de acuerdo a ésta definición una actividad de aprendizaje se considera parte de una estrategia y se refiere a aspectos más puntuales de la intervención didáctica. En la medida en que las actividades de aprendizaje sean diseñadas en el marco de una estrategia, su selección se realiza de forma contextualizada y relacionada en una determinada secuencia de pasos, evitando con ello que las actividades resulten atomizadas o aisladas. Un ejemplo de estrategia es organizar la información; como parte de dicha estrategia, pueden seleccionarse como actividades la lectura de determinado texto, ver el video, etcétera.” (p. 93,94)

			Al final se elaborara un collage de todos los trabajos que realizaron los niños para exponerlo en el periódico mural de la escuela.
--	--	--	---

Tema: Higiene personal, bucal y pediculosis
Grado y grupo: 2° A, B; 3°A, B, C; 4° A, B.
Lugar: Salón de clases y/o sala de cómputo.
Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVOS	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>-Propiciar hábitos de higiene personal a los grupos</p> <p>-Desarrollar el interés por el cuidado personal.</p> <p>-Prevenir afecciones futuras de salud como: la pediculosis, gingivitis, caries, infecciones de piel, entre otras.</p>	<p>-Láminas de dibujos animados referentes a los temas de higiene y pediculosis.</p> <p>-Pizarrón blanco.</p> <p>-Marcadores para pizarrón.</p> <p>-Hojas blancas tamaño carta.</p> <p>-Colores</p> <p>-Pegamento</p> <p>-Pelota</p>	Cantos de socialización	<p>Saludar a los niños con afectividad, cortesía y respeto.</p> <p>Se les enseñara a los niños los cantos: La casa de Peña y San Serafín del Monte en un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos. El promotor mantendrá una actitud entusiasta que propicie la participación de los estudiantes.</p>
		Juego de integración	Se realizará el juego del “avió” con una pelota. Cada niño que tenga la pelota explicará qué entiende por higiene personal, después pasará la pelota a otro de sus compañeros para que en sucesión se repita la acción.
		Presentación de láminas alusivas al tema de higiene personal y pediculosis.	A través de la narración de un cuento infantil o de compartir experiencias de vida de los participantes, se presentarán las láminas alusivas al tema de higiene personal y pediculosis.
		Exposición del concepto de pediculosis causas, consecuencias y vías de transmisión.	Se trazarán cuatro líneas verticales en el pizarrón, cada columna llevara escrita una palabra (pediculosis, causas, consecuencias y vías de transmisión), posteriormente se preguntara al grupo que saben al respecto sobre cada una de ellas, las respuestas serán anotadas en el pizarrón y con ello se escribirán los conceptos de las ideas sobre los vocablos expuestas por el grupo, el profesor y el promotor de la salud.
		Elaboración de dibujos	<p>Los niños realizarán dibujos de acuerdo a los temas que vieron durante las sesiones.</p> <p>Los dibujos serán expuestos en el periódico mural de la escuela.</p>
		Refuerzo de temas a través de los cantos y juegos que aprendieron durante las clases.	<p>Se realizarán juegos por medio de los cantos aprendidos durante las clases, en ellos los niños reforzaran el tema de salud.</p> <p>La promotora de la salud platicará con los grupos a cargo sobre los conocimientos y experiencias del cuidado de la higiene personal, analizando con los escolares la importancia que ésta tiene con respecto a su salud individual y colectiva, promoviendo al grupo que las actividades realizadas dentro del plantel como el cepillado dental, limpieza corporal, entre otros sea replicado en casa.</p>

Tema: Infecciones Respiratorias Agudas Severas (IRAS)

Grado y grupo: 2° A, B; 3°A, B, C; 4° A, B.

Lugar: Salón de clases y/o sala de cómputo

Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVOS	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>-La población escolar adquirirá habilidades para el cuidado del sistema respiratorio.</p> <p>-Se generará el interés por una conducta preventiva a favor de la salud personal y comunitaria.</p> <p>-Conocerá las enfermedades respiratorias a partir de la anatomía y fisiología.</p>	<p>-Diapositivas en power point del funcionamiento del aparato respiratorio.</p> <p>-Video infantil “Consejos de los Lunnis para evitar la gripe tipo A”.</p> <p>-Cuestionario Núm. 1.</p> <p>-Calcetines viejos limpios.</p> <p>-Hilo</p> <p>-Aguja.</p> <p>-Botones.</p> <p>-Estambre.</p>	Plática con el grupo	Se realizará una plática con respecto a los intereses o inquietudes que presente el grupo con respecto a sus actividades escolares que realizan en el momento. Propiciar en cada uno de los grupos ambientes de confianza, participación, reciprocidad de experiencias y conocimientos de acuerdo al tema a tratar.
		Presentación de diapositivas sobre el funcionamiento del sistema respiratorio.	Se presentará el funcionamiento del sistema respiratorio a través de la exposición de las diapositivas, El promotor de la salud, con el apoyo de las diapositivas dará la información del sistema respiratorio, su anatomía y fisiología, así como causas y consecuencias que generan el desequilibrio, origen de las enfermedades respiratorias.
		Video infantil “Consejos de los Lunnis para evitar la gripe tipo A”.	La promotora de la salud dará una primera explicación, posteriormente repetirá la presentación para que los estudiantes expliquen en propias palabras lo que se expuso en clase. Los niños observarán el video infantil “Consejos de los Lunnis para evitar la gripe tipo A”. Posteriormente, la promotora de la salud organizará con el grupo la formación de 3 equipos con 4 integrantes. Cada equipo presentará a sus compañeros un sketch sobre el video observado en clase. El resto del grupo observará, para analizar y realizar una crítica en forma constructiva la exposición de sus compañeros, con el objetivo de propiciar en el ambiente escolar la participación, cooperación y socialización. Se activará el interés para promover la salud individual y colectiva hacia hábitos saludables.
		Aplicación de cuestionario en relación al tema infecciones respiratorias.	Posteriormente, la promotora de la salud en conjunto con los estudiantes y la participación del profesor formarán una mesa redonda de cómo el grupo pudiera promover su salud. El promotor de la salud aplicará a los niños el siguiente cuestionario (número 1): 1.- ¿Qué son las IRAS? 2.- ¿Qué tipo de enfermedades comunes presentan los niños o las niñas cuando se enferman de las vías respiratorias? 3.- ¿Qué síntomas presenta los niños a las niñas cuando se enferman de las vías respiratorias? 4.- ¿Cómo se pueden enfermar los niños o las niñas de las vías respiratorias? 5.- ¿Qué medidas preventivas se deben tomar para evitar enfermarnos? Con el fin de reforzar y calificar cuantitativamente y cualitativamente el aprendizaje y conductas de los estudiantes.

		Elaboración de muñecos guiñoles e historias referente al tema de las infecciones respiratorias agudas (IRAS)	Los estudiantes se organizaran en común acuerdo con el profesor y el promotor de la salud en la formación de equipos. Los escolares realizarán trabajo en casa en la selección de un cuento o historia creada por los integrantes de equipo en relación al tema de las IRAS. Crearán personajes que se ajusten a la historia que presentarán posteriormente con sus compañeros en el salón de clase.
		Organización de equipos para la presentación de las historias del tema de las IRAS.	La promotora de la salud junto con el profesor se organizara con el grupo para la exposición de los equipos participantes, seleccionando las mejores historias y trabajos, los cuales serán expuestos en otros salones de distintos grados.

Tema: Enfermedades Diarreicas Agudas Severas (EDAS)

Grado y grupo: 2° A, B; 3° A, B, C; 4° A, B.

Lugar. Salón de clases y/o sala de cómputo.

Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVO	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>-Explicar a la población escolar sobre las enfermedades diarreicas.</p> <p>-Mostrar información básica de la anatomía, fisiología.</p> <p>-Fomentar los cuidados del sistema digestivo.</p> <p>-Promover medidas de acción preventivas en favor de la salud personal y comunitaria.</p>	<p>-Video musical "Twist de la diarrea".</p> <p>-Diapositivas en power point. "Aparato digestivo"</p> <p>-Video del funcionamiento del aparato digestivo.</p> <p>-Cartulinas.</p> <p>-Hojas bond para rotafolio.</p> <p>-Marcadores de agua varios colores.</p> <p>-Colores.</p> <p>- Pegamento.</p> <p>- Tijeras.</p> <p>-Diurex.</p> <p>-Revistas varias.</p>	Canto alusivo del tema a tratar.	Los niños aprenderán el canto "Mis manitas enjabono". El promotor con el apoyo del canto infantil dará una introducción de la importancia del lavado de las manos y la higiene de los alimentos antes de ser consumidos. Mantendrá una actitud entusiasta con los escolares para que se favorezca la participación grupal.
		Plática de la importancia de lavado de manos	Se realizará una plática de la importancia del lavado de manos. Posteriormente se preguntara al grupo por qué es importante mantener las manos limpias antes de comer y después de ir al baño. Se proporcionara al grupo un tiempo de 5 A 10 minutos para expresión de comentarios y sugerencias.
		Presentación del video musical "Twist de la diarrea" y proyección del video funcionamiento del aparato digestivo".	Se realizará la presentación de las proyecciones de los videos al grupo, después de ello realizarán comentarios sobre las causas, consecuencias y medidas preventivas que detectaron en los videos sobre las medidas higiénicas, alimentarias y personales. La promotora de la salud mantendrá una actitud entusiasta y de confianza frente al grupo a cargo.
		Presentación de las diapositivas sobre el aparato digestivo.	Se pedirá a los niños observen y relacionen cada una de las diapositivas. Los videos y cantos aprendidos en clases anteriores, sobre el cuidado de su salud, dejando tiempo considerable para que expresen puntos de vista, a partir de sus propias experiencias adquiridas dentro y fuera del plantel escolar.
		Elaboración de portafolio de las EDAS	La promotora de la salud junto con el grupo, organizarán la formación de equipos para la elaboración del portafolio cuyo contenido estará dividido en cuatro carteles: Portada de las EDAS en este cartel los estudiantes realizarán técnicas de diversos materiales que el grupo prefiera, los tres restantes realizarán investigación que se sumara a lo aprendido en clase, abordará, causas, consecuencias y medidas preventivas de las EDAS. La promotora de la salud mantendrá una actitud entusiasta para fomentar la participación de los escolares.

		Presentación de los trabajos realizados en equipo	Cada uno de los equipos expondrá el tema asignados a sus compañeros de clase.
--	--	---	---

Tema: Derechos y deberes de los niños, ecología, deporte y educación vial

Grado y grupo: 2° A, B; 3°A, B, C; 4° A, B.

Lugar: Salón de clases y/o sala de cómputo.

Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVO	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>-Informar a los estudiantes sobre el cuidado del medio ambiente.</p> <p>-Desarrollar conocimiento y respeto de las normas cívicas y salud.</p> <p>-Fomentar el interés por actividades físicas que estimulen conductas y prácticas de cuidado de salud ambiental, cívica e individual.</p>	<p>-Tarjetas con imágenes referentes a los derechos y deberes de los niños.</p> <p>-Monografías de los tipos de deportes.</p> <p>-Dibujos relacionados con el medio ambiente para colorear y recortar.</p> <p>-Revistas o periódicos.</p> <p>-Tijeras.</p> <p>-Pegamento.</p> <p>-Colores.</p> <p>-Plastilina varios colores.</p> <p>-Botellas de PVC o material de reúso.</p> <p>-Hojas de papel bond para rotafolio.</p> <p>-Hojas tamaño carta.</p> <p>-Cartulinas.</p> <p>-Marcadores varios colores.</p> <p>-Estambre varios colores.</p> <p>-Muñecos de juguete.</p> <p>-Tablas de madera.</p> <p>-Monografías referentes a los temas a tratar.</p>	Introducción del tema: Educación vial con el apoyo del canto “El semáforo de mi casa”.	Se les enseñara a los niños el canto “El semáforo de mi casa” en un tiempo estimado de 5 minutos. La promotora de la salud mantendrá una actitud frente al grupo de entusiasmo, alegría y socialización que genere en los estudiantes confianza y participación.
		Presentación de las tarjetas de educación vial.	En forma narrativa se presentara a los estudiantes cada una de las tarjetas referentes a los señalamientos viales y su significado, así mismo, tarjetas sobre conductas relacionadas al cuidado y precaución de accidentes dentro y fuera del plantel escolar.
		Deportes que existen en el mundo.	La promotora a través de monografías presentara los tipos de deportes que existen en el mundo. Se realizará un diálogo con respecto de lo que se observa en cada una de las monografías. Los estudiantes analizarán la importancia de la ejercitación física, los tipos de actividades que pueden realizar a favor de mantener la salud física y mental de sus cuerpos.
		Cuidado del medio ambiente	Se explicará a los estudiantes la problemática que existe del medio ambiente en cuestión a: la contaminación, los ciclos de vida y la cadena alimenticia. La promotora de la salud invitara a los estudiantes al final de la plática a realizar dibujos o recortes de revistas que refieran al cuidado del medio ambiente.
		Elaboración de trabajos	La promotora de la salud junto con el grupo, realizará repaso de los temas vistos en clase anotando los comentarios e ideas manifestadas en una hoja de papel bond (rotafolio)
		Elaboración de trabajos.	Cada uno de los grupos elaborará material de los temas vistos en clase realizando: maquetas, cartulinas informativas, juguetes con material reciclable para ser expuestos en el plantel escolar.

Tema: Prevención de accidentes en la escuela
Grado y grupo: 2° A, B; 3°A, B, C; 4° A, B.
Lugar: Salón de clases y/o sala de cómputo.
Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVO	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>-Proponer medidas preventivas de seguridad escolar, identificando las zonas de riesgo del plantel.</p> <p>-Promover el autocuidado en la escuela.</p>	<p>-Cartulinas. -Papel crepé y/o china. -Hojas tamaño carta de distintos colores. -Colores. -Tijeras. -Pegamento. -Pistola de silicón. -Barras de silicón.</p>	Juego de integración.	La actividad se desarrollara en el patio de la escuela o se realizarán recorridos específicos de áreas comunes (escaleras, baños, patio, pasillos, etc.). Se jugara "Conejos y conejeras", con ello se estimulara la integración, socialización e introducción del tema.
		Análisis de reflexión con respecto a los accidentes escolares	Se realizará una lluvia de ideas con respecto a los accidentes suscitados en el plantel escolar, con ello se analizarán las causas y consecuencias para que el grupo sugiera medidas preventivas.
		Elaboración de carteles	Los niños elaborarán letreros de prevención escolar. Elección de dos integrantes por cada grupo para que realicen la distribución y colocación de los letreros en el plantel escolar.
		Formación y organización del comando de seguridad escolar	Se pedirá en cada grupo la elección de un representante para la formación del comando de seguridad. El comando realizará visitas al personal directivo, trabajadores de limpieza y compañeros de otros grados para explicar la colocación de los carteles y la importancia de seguir las indicaciones.

Tema: Autoestima
Grado y grupo: 2° A, B; 3°A, B, C; 4° A, B.
Lugar: Salón de clases y/o sala de cómputo.
Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVO	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>-Reafirmar los valores humanos a través del análisis y reflexión de historias de vida.</p> <p>-Estimular la autoestima positiva.</p> <p>-Mejorar las condiciones de salud física, psicológica y social.</p>	<p>-Presentación de diapositivas de autoestima. -Hojas blancas y de colores tamaño carta. -Colores. -Bolígrafo negro o azul. -Tijeras. -Pegamento. -Plastilina varios colores. -Figura cuadrada de cartón de 5 x 5 cm.</p>	Canto de expresiones emocionales	Se invitará al grupo a cantar y jugar el canto "La casita", para motivar en los niños sentimientos y emociones (alegría, enojo, tristeza, entre otros) y con ello propiciar la discusión sobre lo que les molesta o no les gusta de sí mismos.
		Presentación de video musical y cortometraje	Los estudiantes observarán y escucharán los videos mostrados por el promotor de la salud, para analizar la letra de la canción y las acciones que representan los cortometrajes con el objeto de que expresen sentimientos y emociones de acuerdo a lo identificado y lo relacionen desde sus experiencias personales.
		Presentación en Power Point sobre la autoestima	La promotora de la salud con los estudiantes realizará comentarios de las fotografías que observarán en las diapositivas, así como de analizar los tipos de autoestima (positiva y negativa) y con ello realizar propuestas para mejorar las condiciones de salud física, psicológica y social.
		Análisis del tema	Se realizará una plática con respecto a la importancia de tener autoestima positiva, con ello se invitará al grupo a escribir una

			carta en la cual describan por qué son importantes y especiales para las personas que los atienden y los cuida (padres, abuelos, hermanos, etc.).
		Elaboración de un autorretrato	Los niños elaborarán una carta de su persona y con plastilina moldearán una figura humana de sí mismos. Cada uno de los estudiantes expondrá su figura y dará lectura de la carta escrita a sus compañeros de clase, con el fin de estimular el autoreconocimiento de valoración personal y social de los niños.

Tema: Adicciones
Grado y grupo: 3º A, B, C; 4º A, B.
Lugar: Salón de clases y/o sala de cómputo.
Tiempo: Sesión de 30 a 60 min.

OBJETIVO	MATERIAL DIDÁCTICO	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE
<p>Los estudiantes de cuarto año:</p> <p>-Conocerán el tema de las adicciones.</p> <p>-Identificarán los tipos de estupefacientes que existen.</p> <p>-Reflexionarán sobre el consumo de drogas y los daños que provocan a la salud mental, social, emocional y económica.</p>	<p>-Videos relacionados al tema de las adicciones.</p> <p>-Audiciones testimoniales de jóvenes adictos.</p> <p>-Diapositivas del tema de las adicciones.</p> <p>-Cuestionario.</p> <p>-Hojas blancas.</p> <p>-Lápiz o bolígrafo.</p> <p>-Canción "inhalando amor"</p>	<p>Platica introductoria sobre qué son las adicciones, análisis de la canción "inhalando amor" y aplicación del cuestionario.</p> <p style="text-align: center;">Presentación de videos y canciones relacionados al tema</p>	<p>La promotora de la salud platicará con el grupo respecto a los conocimientos o experiencias que los estudiantes conozcan con respecto al consumo de estupefacientes. Los estudiantes escucharán la canción "inhalando amor" al final analizarán la letra de la canción en cuanto a causas y consecuencias que describe la letra, dando lugar a la reflexión con la realidad que viven los jóvenes en la actualidad.</p> <p>Los estudiantes y el promotor de la salud platicarán sobre las adicciones y los daños perjudiciales que ocasiona en la salud física, biológica, psicológica y social en las personas. La promotora de la salud aplicará a los niños un cuestionario de siete preguntas:</p> <p>Cuestionario 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Qué son las adicciones? 2.- ¿Qué tipo de adicciones o drogas conoces? 3.- ¿Qué problemas de salud física, biológica y emocional provocan las adicciones al ser humano? 4.- ¿Conoces alguien que consuma algún tipo de droga? 5.- ¿Qué piensas de las personas que consumen drogas? 6.- Si te ofrecieran consumir cualquier tipo de droga ¿lo harías? Si o No y porqué 7.- ¿Qué harías para evitar el consumo de drogas?
		<p>Presentación de diapositivas alusivas al tema.</p>	<p>Se expondrá al grupo la presentación en power point sobre el tema de las adicciones, los estudiantes verán qué son las adicciones, causas, consecuencias y medidas preventivas.</p>

			La promotora de la salud invitará con actitud de cordialidad y de confianza a los estudiantes a pasar exponer frente a sus compañeros el tema de las adicciones y explicar en sus propias palabras lo visto en clase con el apoyo de las diapositivas.
		Presentación auditiva de testimonios y aplicación de cuestionario.	Los niños escucharán dos testimonios de jóvenes que se refugiaron en las drogas, en ella realizaran comparaciones en cuestión a: forma de expresión, experiencias y relaciones comunes que ambos vivieron.
		Cierre del tema	La promotora de la salud sugerirá al grupo formar un equipo para realizar una representación teatral de algún problema familiar, escolar o social que se relacione con las adicciones. Los niños reflexionarán la problemática teatral que sus compañeros de grupo presentaron y con ello se invitará a los estudiantes realicen propuestas de solución o alternativas para no caer en las adicciones.

4.3 Descripción de actividades.

Escuela Primaria
Marie Curie Sklodowska.
Clave: 45-1767-413-00-02509DPR1251Z.
Población 358 estudiantes. Total de grupos: 12

POBLACIÓN

GRADO	GRUPO	No. DE ESTUDIANTES
1°	A	22
1°	B	21
2°	A	31
2°	B	27
3°	A	25
3°	B	24
3°	C	27

4°	A	35
4°	B	33
5°	A	25
5°	B	29
6°	A	31
6°	B	28

HORARIO Y FECHAS DE ACTIVIDADES

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9-10	2° A	3° B	Técnica de cepillado y aplicación de flúor	2° A	
10-11	2° B	3° C		2° B	3° C
12:30-13:30	3° A			3° A	3° B

SEMANA	FECHA	T E M A S
1	DEL 24 AL 28 ENERO	HIGIENE PERSONAL, BUCAL Y PEDICULOSIS
2	DEL 31 DE ENERO AL 04 DE FEBRERO	NUTRICIÓN
3	DEL 07 AL 11 DE FEBRERO	IRAS
4	DEL 14 AL 18 DE FEBRERO	EDAS
5	DEL 21 AL 25 DE FEBRERO	DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS, ECOLOGÍA, DEPORTE Y EDUCACIÓN VÍAL
6	DEL 28 DE FEBRERO AL 04 DE MARZO	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA ESCUELA
7	DEL 07 DE FEBRERO AL 11 DE MARZO	AUTOESTIMA

8	DEL 14 AL 18 DE MARZO	EXPOCISIÓN DE TEMAS Y ENTREGA DE INFORMES
9	DEL 21 AL 15 DE ABRIL	ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO

Tema. Higiene personal, higiene bucal y pediculosis.

Fecha. 24 al 28 de enero

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar: Salón de clases

Tiempo: 30 a 60 min.

Se realizó en cada uno de los grupos el canto de saludo corporal, San Serafín del Monte y el de La Casa de Peña para que los niños se relajaran y familiarizaran con el tema de la clase.

Posteriormente se presentaron tres cuentos sobre la higiene personal, con el apoyo de las láminas, los niños observaron y escucharon la importancia de mantener las manos limpias, el cuerpo y los dientes, para evitar la caries o la pediculosis. Al término de cada uno de los cuentos, se dio un espacio de tiempo para aclaraciones, dudas o comentarios. La principal duda que surgió fue el significado de la palabra pediculosis, el promotor de la salud antes de responder motivó a otro niño a explicar el concepto, posteriormente dio la explicación del significado para que los estudiantes ejemplificaran las medidas preventivas que llevan a realizar acciones de higiene personal. Se plantearon sugerencias para mantener limpio el cuerpo y que otros llevaran a cabo las mismas acciones de limpieza, entre las propuestas estuvieron: el baño diario, lavado de manos después de ir al baño, no prestar utensilios personales (peinetas, diademas, bufandas, suéteres, etc.), evitar en lo posible el acercamiento de cabezas o cabello de los niños o niñas que tenían pediculosis, en este último la promotora

de la salud sugirió evitar la discriminación, dio como ejemplo “que sentirías si tú estuvieses contagiado y tus compañeros no te hablaran”. El grupo expreso sentimientos de incomodidad y malestar, por lo que posteriormente dieron sugerencias de no a la discriminación y sí a las medidas preventivas. Por último, se pidió al grupo realizar en casa dibujos alusivos al tema tratado en clase, estos se entregaron en la siguiente sesión.

Observaciones:

Las actividades no se pudieron dar a todos los estudiantes debido a la detección de pediculosis, lo que ocasionó suspensión de clases para algunos grupos, para otros, por actividades de campamento. Con respecto a la aplicación de los temas a tratar, no en todos los grupos pudo llevarse de acuerdo a lo establecido en la planeación, me valí de la improvisación y adaptación dependiendo del estado de ánimo que presentaba el grupo, la utilización del material didáctico también influyó, ya que tuve que utilizarlo de acuerdo a lo que tenía en ese momento; por ejemplo; el uso de un títere que llevaba consigo uno de los niños, salirme un poco del tema para conocer los intereses e inquietudes de los estudiantes (preocupación de las tareas o situaciones familiares que distraían al estudiante), en ocasiones me vi en la necesidad de romper con lo acostumbrado, pedía a los niños que dejaran sus butacas y se sentaran en el piso y, junto con ellos daba la clase. En ocasiones antes de iniciar con el tema, primero realizaba juegos, éstos podían estar escritos en el pizarrón, también los estudiantes podían participar o jugar desde asientos para hacer amena la sesión.

Tema. Nutrición. Preparación de alimentos nutritivos.

Fecha. 31 de Enero al 4 de Febrero.

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar. Salón de cómputo

Tiempo. 30-60 min.

Antes de comenzar el tema, casi siempre se dio inicio con una plática en relación a las tareas que realizaban en el momento los estudiantes o se preguntó sobre el tema de salud visto en la sesión pasada, así mismo se recogieron las tareas que habían realizado los niños en casa con el tema de higiene (dedicaba entre cinco o diez minutos) posteriormente conversaba con el grupo sobre los alimentos que comúnmente consumían durante el recreo, fuera de casa y dentro de ella, las respuestas fueron comunes en su mayoría: tacos dorados, tortas, sopa de pasta, fruta, carne, papas fritas, chicharrones preparados, agua de fruta o natural, entre otros alimentos. Posteriormente les preguntaba al grupo si conocían el significado de la palabra nutrición dos o tres niños contestaron: comer bien, comer muchas frutas y verduras y otros sólo se limitaron a escuchar. Solía dejar un espacio de entre cinco o diez minutos para dar lugar a lluvia de ideas, posteriormente daba inicio a la presentación de las diapositivas, cuyo contenido refería dibujos animados que representaban los alimentos chatarra y los nutritivos, la presentación la refería en forma de cuento en la cual se narra la historia de un niño que no sabe cómo comer sanamente, entre las opciones alimenticias tiene dos caminos a escoger, cada uno de ellos puede afectar o no su salud.

En las diapositivas del plato del buen comer enseñé y referí la preparación de alimentos sencillos y económicos, fáciles de hacer en casa. Al término del tema invité a los

niños a que, con la ayuda de su mamá o algún familiar realizaran y escribieran la receta de una comida que tuviera los tres elementos básicos que sugería el plato del bien comer.

Para finalizar el tema de salud, se distribuí distintas tareas que realizarían los grupos a cargo para la elaboración de un collage, quedando de la siguiente manera:

- 1.- Elaboración del plato del bien comer a través de dibujos realizados por ellos mismos (grupo 3^{er} A y C).
- 2.- Los beneficios que proporciona una alimentación equilibrada al organismo físico y mental. (Grupo 3^{er} B).
- 3.- Recetas elaboradas por los niños con la ayuda de sus familiares (2^{do} A y B).

Al final de cada clase se les enseñó a los estudiantes el canto triqui triqui con alegría y entusiasmo, pero no en todos se llevó a cabo ésta actividad por falta de tiempo, ya que en algunas ocasiones la profesora a cargo necesitaba seguir con sus actividades programadas.

Observaciones:

La sala de cómputo no siempre estuvo disponible, motivo por el cual para algunos grupos no hubo presentación con el material preparado en formato de power point. El taller lo di en el salón de clase, auxiliándome de la fotografía de una lámina del plato del buen comer que me proporciono el equipo médico. Además de los cinco grupos a mi cargo, dos de ellos se les dio la explicación del tema de nutrición aunado con el tema de higiene, para que todos los grupos estuvieran a la par, retome el canto San Serafín del monte, para los grupos atrasados y

con ello reforzar el tema de higiene, con ellos por falta de tiempo no hubo la oportunidad de analizar con detalle el tema para reflexión y comentarios.

Tema: Infecciones respiratorias agudas (IRAS)

Fecha. 7 al 11 de febrero.

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar. Aula de cómputo.

Tiempo: 30-60 min.

Al entrar a cada salón de clases, se saludaba con cordialidad o en ocasiones se iniciaba con una actividad lúdica. Después de ello, se escribía en el pizarrón la sigla IRAS, antes de informar el significado de las letras, se les preguntaba a los estudiantes si tenían idea de su significado, algunos mencionaban enojo otros relacionaban la palabra con el verbo ir, esto causo algarabía en los niños por lo que adecuándonos al ambiente que se vivía dentro del salón se realizaron sencillas preguntas a forma de adivinanza para dar pistas al tema que se trataría en su momento. Después de otorgar un tiempo de expresiones e ideas se realizó la tarea de explicar detalladamente cada una de las letras con su respectivo significado. (I) INFECCIONES (R) RESPIRATORIAS (A) AGUDAS (S) SEVERAS.

Posteriormente se daba inicio a la presentación de las diapositivas en power point del aparato respiratorio y el spot del consejo de los Lunnis para después aplicar con los estudiantes un cuestionario de cinco preguntas, con el objetivo de observar si el tema fue comprendido y al mismo tiempo propiciar con los escolares aclaraciones, comentarios y reforzamiento sobre lo visto en clase.

Con uno de los grupos realizaron muñecos guiñoles y elaboraron o buscaron un cuento relacionado al tema del cuidado de la gripe, se formaron equipos y dos semanas después, presentaron su trabajo, los mejores fueron expuestos a otros grupos. La experiencia que éste grupo en particular tuvo fue gratificante, sus comentarios refirieron que fue una experiencia de miedo pero al mismo tiempo de entusiasmo, confianza y gusto por enseñar a otros lo que aprendieron en clase.

Esto generó que otros grupos de distinto grado desearan participar de la misma manera. Por otro lado los niños que observaron las presentaciones de sus compañeros comentaron que la forma de cómo lo realizaron fue para ellos más divertida e interesante, además de reforzar lo ya sabido.

Observaciones:

A causa de las labores de las actividades programadas por la institución escolar como: la aplicación de exámenes (que generaban estrés a los estudiantes) y supervisiones directivas realizadas a los profesores (como entrega de las planeaciones) la aplicación del tema de salud fue breve y rápida, como consecuencia de ello, algunos grupos no recibieron la misma atención que se les otorgaba a los otros e impactaba de forma directa en el tiempo para aclaración de dudas y reflexiones.

Ante esta situación realicé para algunos grupos dinámicas como: juegos psicomotores y cognitivos por ejemplo el juego del ahorcado, láminas de dibujos referentes a microorganismos causantes de enfermedades respiratorias y en otras ocasiones realizaba una

plática cotidiana sobre la familia o labores escolares con el fin de amenizar el ambiente y favorecer la atención de los estudiantes para aplicar el tema de salud.

Tema: Enfermedades diarreicas agudas severas (EDAS).

Fecha. 14 al 18 de febrero.

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar. Aula de cómputo.

Tiempo. 30 – 60 min

Se invitó a los estudiantes aprendieran el canto “mis manitas enjabono” al término de la canción se preguntaba las causas del porqué la gente enfermaba del estomago, se dejaba que el grupo expresara sus ideas conforme al reflejo de sus experiencias.

En la sala de cómputo se realizó la presentación del spot del twist de la diarrea, el video educativo del sistema digestivo y por último las diapositivas del tema de EDAS (en algunos grupos se mostraban dibujos de parásitos intestinales antes de presentar las proyecciones). Al finalizar las presentaciones se dejaba que los niños expresaran puntos de vista de lo observado, comprendido y aprendido de la sesión educativa de salud. Sin embargo, a pesar de la organización planificada con los escolares y profesores, para algunos grupos la actividad fue aplicada con brevedad por la falta de tiempo.

El grupo de 3° B participo en la elaboración de varias láminas que explicaban: causas, consecuencias y medidas preventivas de las EDAS. Los niños trabajaron con responsabilidad y entusiasmo, el apoyo de la profesora y los padres de familia favoreció en mucho para que los estudiantes se organizaran en su presentación. El objetivo que se tuvo en un principio al terminar el trabajo era exponerlo con otros grupos que estaban a mi cargo, es decir, a los de

segundo y tercer año (2-A, 2-B, 3-A, 3-C), pero no fue posible que se llevara a cabo debido a las actividades escolares que tenían programados las profesoras, entonces, se propuso que fuera expuesto a toda la escuela en una exposición general que se realizó al final de talleres del programa de salud escolar, la directora nos otorgó todo su apoyo, esto dio lugar que al profesora del grupo B invitara los padres de familia de sus estudiantes.

Observaciones:

Algunos grupos no prestaban mucha atención para lograr llamar su interés se les invitaba a entonar algunos cantos que en anteriores sesiones habían aprendido o se sugería a los niños cambiar de lugar de asiento dentro del salón.

Se observo que a los niños les divertía el vídeo del twist de la diarrea, esto favoreció a que los alumnos comprendieran mejor las medidas profilácticas para conservar la salud.

Finalmente, cuando se terminaba de dar el tema, se invitaba a los estudiantes platicaran con sus padres lo que les había interesado de la clase. Algunos que lo habían hecho comentaban que sus papás o abuelos aprendieron del funcionamiento del sistema digestivo y las enfermedades que podían adquirir a falta de cuidado del mismo.

Temas: Derechos y deberes de los niños, ecología, deporte y educación vial.

Fecha. 21 al 25 de febrero.

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar. Salón de clases

Tiempo. 30 min.

Se realizó con cada uno de los grupos la actividad llamada “lluvia de ideas”, se preguntó a los escolares con respecto a los tipos de deportes que conocían o practicaban en casa o en la escuela, sus respuestas eran escritas en el pizarrón. La mayoría hizo al fútbol, natación, ciclismo, algunos karate, etc., posteriormente, sus respuestas sirvieron para ejemplificar con nombres de algunos deportistas conocidos o famosos que practicaban los deportes que el grupo mencionó, esto también motivó a la participación oral de los estudiantes, porque mencionaban a sus deportistas o equipo preferidos. Se otorgó un tiempo considerable al grupo para que expresara sus gustos sobre los deportes preferidos, además de indagar con respecto a sus prácticas deportivas que realizaban fuera del plantel escolar. Algunos referían tomar clases de natación, danza, o karate.

La dinámica anterior propició una explicación centrada en explicar que el ejercicio mantiene el cuerpo sano, por ello, se enfatizó la importancia del porque la escuela impartía la clase de educación física. Se invitaba al grupo ejercer otras actividades de su preferencia como jugar al fútbol, usar la bicicleta, patines, entre otros, para que mantuvieran su cuerpo activo y con ello su salud física y mental.

Posteriormente se invitó a los estudiantes a aprender y cantar *El semáforo de mi casa*, con la finalidad de abordar el tema del cuidado vial. Se les pidió a los niños llevaran recortes de símbolos viales o monografías que explicaran la educación vial en el escolar. Con las monografías y dibujos que se plasmaban en el pizarrón, los niños identificaban lo correcto e incorrecto de las acciones que debían de tomar cuando se cruza una calle, el significado de las

líneas amarillas entre las calles y avenidas, como conducirse cuando se maneja una bicicleta, la importancia de utilizar los puentes peatonales, entre otras medidas preventivas. Los niños expresaron sus experiencias de accidentes sucedidos a su persona o de algún familiar, así como de cuidados recomendados por sus padres o familiares. Se mostraron tarjetas con dibujos que representan derechos y deberes de los niños, explicándoles de forma breve el significado de cada una de ellas, no hubo tiempo para que los niños expresaran comentarios o dudas.

Por último, en el tema del cuidado del medio ambiente solo se habló de no tirar basura en la calle, así como de las sugerencias para reutilizar algunos materiales de desecho en beneficio propio.

Al término de los temas se invitó a los grupos a participar en la elaboración de dibujos relacionados a los derechos y deberes de los niños, maquetas sobre los tipos de deportes y educación vial, elaboración de trabajos con material reciclable o de reúso, para que fueran expuestos en la escuela al finalizar los talleres de salud.

Antes de llevar a cabo la exposición general, se propuso a los niños que pasaran a cada uno de los salones, para que dieran una introducción de su trabajo e hicieran una cordial invitación a visitar la exposición que sería montada en días posteriores en la escuela.

Observaciones:

Debido a la cantidad de temas que se abordaron en tan sólo una semana, las sesiones de salud fueron breves, en consecuencia el intercambio de experiencias, ideas o dudas que pudieron haber expresados los niños no pudo efectuarse como en otras sesiones que se realizaba con los estudiantes.

Tema: Prevención de accidentes en la escuela

Fecha. 28 de febrero al 4 de marzo.

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar. En el patio de la escuela.

Tiempo. 30 a 45 min.

Se realizó una plática con cada uno de los grupos con respecto a los accidentes ocurridos dentro del plantel escolar, otorgando un tiempo no mayor de cinco minutos para que los estudiantes describieran sus experiencias, en su mayoría manifestaban golpes contusos en la cabeza, raspaduras de rodillas y uno que otro descalabrado, ante estos ejemplos se pido al grupo sugerencias sobre medidas preventivas para evitar accidentes en la escuela. Los niños proponían el no correr, no empujar, ni gritar, también no salir de los salones sin permiso o tirar agua en el baño y jugar.

Se invitó a los niños realizar y colocar carteles que indicaran acciones de seguridad en puntos estratégicos del plantel escolar y que explicaran a sus compañeros de escuela el significado de los mismos para que fuesen respetados.

Observaciones.

Las actividades no fueron aplicadas con algunos grupos debido a trabajos extraescolares que los profesores tenían con los niños y por la visita de normalistas practicantes cuya labor con los grupos era también abordar temas de educación para la salud y prácticamente la mayoría de ellos eran relativos a los que aplicaba el equipo médico, causa de ello, sólo tres grupos recibieron la sesión educativa pero con un tiempo de 15 a 20 minutos.

Por lo tanto, la planeación de elaboración de carteles con distintas técnicas y colocarlas en la escuela se suspendió, los trabajos que entregaron algunos niños fueron colocados al final de la exposición general.

Tema: Autoestima

Fecha. 7 de febrero al 11 de marzo.

Grado y grupos. 2° A y B, 3° A, B, y C

Lugar. Salón de clases

Tiempo. 30 a 45 min.

Se enseñó a los grupos el canto de “la casita” en un tiempo aproximado de cinco minutos, en el canto los niños expresaban distintos estados de ánimo: tristeza, alegría, enojo, etc., posteriormente se les preguntó las causas que pudieran imaginar sobre los comportamientos de los estados de ánimo de su persona. Los ejemplos comunes que expresaban los grupos fueron: acciones negativas cuando algunos de los padres los castigaba o ejercía violencia física-psicológica, violencia entre hermanos, la falta de cumplimiento de una promesa, el regaño de la profesora cuando no cumplían con la tarea, de entre las acciones positivas: el festejo de un cumpleaños o premio, ir de vacaciones, cuando los padres o

familiares demostraban su afecto, cuando comían cosas ricas en casa o en la escuela, entre otros.

Después de la plática, se realizó la presentación de las diapositivas, al término, los niños dieron sus puntos de vista sobre el respeto de sí mismos y el de los demás, se invitó a la reflexión sobre el cuidado, el valor de su persona y sugerencias sobre qué hacer en caso de presenciar sentimientos negativos.

Al final de la sesión los estudiantes realizaron un autorretrato de su figura con plastilina y escribieron una carta sobre la opinión significativa que tienen sus padres o tutores sobre ellos.

Se comentó a los estudiantes que los trabajos serían presentados en la exposición para que pudieran ser vistos por sus compañeros de escuela, invitándolos a que cumplieran con su tarea con entusiasmo para que elaboraran sus trabajos con detalles y de la mejor manera posible.

Observaciones:

No a todos los grupos se les presentó el tema por causas de labores escolares (exámenes, ensayos, visitas de inspección o simulacros) únicamente tres lo recibieron (2°A, 3°A, 3°C) éstos últimos el tiempo fue de media hora por cada sesión, por lo tanto, la idea que se tenía en un principio de exponer las figuras humanas y dar lectura de las cartas a sus compañeros de clase para que se diera lugar a comentarios y reflexión quedó suspendida.

4.4 Descripción de Actividades⁴⁰.

Escuela Primaria Juan Montalvo.
Clave: 31-1744-168-24-X-025.
Población 331 estudiantes. Total de grupos: 12

POBLACIÓN

<u>GRADO</u>	<u>GRUPO</u>	<u>No. DE ESTUDIANTES</u>
1°	A	21
1°	B	22
2°	A	33
2°	B	24
3°	A	25
3°	B	28
4°	A	34
4°	B	33
5°	A	25
5°	B	29
6°	A	29
6°	B	28

⁴⁰Debido a la asignación tardía que se le dio al equipo médico para instalarse en la nueva escuela, aunado con la aplicación de cuestionarios del estado nutricional de los escolares a los padres de familia, el tiempo para aplicar todos los temas de salud con los grupos fue menor al acostumbrado, motivo por el cual se ajustaron, de tal manera, que en una semana se expusieron más de dos temas.

HORARIO Y FECHAS DE ACTIVIDADES

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:30 9:30	3° A	Técnica de cepillado y aplicación de flúor	3° A	2° A	
9:30 10:00	3° B		3° B	2° B	3° C
10:00 10:30	4° A		4° A	3° A	3° B
10:30 11:00	4° B		4° B		
11:30 14:00	OTM		Organización de temas y tareas (OTM)		

SEMANA	FECHA	T E M A S
1	9 AL 13 DE MAYO	EDAS, NUTRICIÓN
2	16 AL 20 DE MAYO	HIGIENE PERSONAL, BUCAL Y PEDICULOSIS
3	23 AL 27 DE MAYO	IRAS
4	30 DE MAYO AL 3 JUNIO	DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS, ECOLOGIA Y DEPORTE
5	6 AL 10 DE JUNIO	PREVENCION DE ACCIDENTES, EDUCACION VÍAL
6	13 AL 17 DE JUNIO	AUTOESTIMA Y ADICCIONES
7 Y 8	27 DE JUNIO AL 8 DE JULIO	DIAGNOSTICO Y ENTREGA DE INFORME

Temas: Enfermedades Diarreicas Agudas Severas y Nutrición.

Fecha. 9 al 13 de mayo.

Grado y grupos. 3° A y B, 4° A y B

Lugar. Salón de clases y sala de cómputo.

Tiempo. 30 a 45 min.

Se les enseñó a los niños el canto “mis manitas enjabono”, posteriormente se preguntó al grupo porqué es importante mantener las manos limpias sobre todo antes de comer y

después de ir al baño, los escolares manifestaron diversos ejemplos como: enfermedades del estomago y entre sus expresiones comentaban dolor, vomito y diarrea, analizaron también que la falta de higiene en los alimentos provocaba enfermedades a sus organismos, citaban otros ejemplos como consumo de comida caduca o echada a perder o consumir en la calle, en este análisis surgió el comentario de comer cerca de los baños y dejar los alimentos en el suelo. Ante esto se sugirió que durante el recreo tuvieran más cuidado en dónde consumían y colocaban sus alimentos, Posteriormente se realizo la presentación del spott y el video didáctico educativo del sistema digestivo, en algunas ocasiones y si daba tiempo se repetían aunque los niños preferían escuchar más de dos veces el Twist de la diarrea, al final se reflexionó sobre los cambios de conducta para mantener el cuerpo sano.

Posteriormente, se presentó la lamina del plato del bien comer en la cual, se realizó una breve y sencilla explicación de la forma de cómo balancear los alimentos de manera adecuada y nutritiva. Para reforzar la explicación, se les proporcionaba a cada niño (cuando el grupo era extenso, se formaban equipos conformado por dos o más integrantes según la cantidad de estudiantes) un juego de rompecabezas en el cual, los niños tenían que armar para después analizar la fotografía que aparecía, y explicaran la existencia de los tres elementos básicos que recomendaba el plato del bien comer, una vez que daban sus puntos de referencia se daba por concluida la clase.

Observaciones.

Se trabajo con los escolares en la aplicación de los temas de salud dos formas de enseñanza-aprendizaje: la primera por limitación de tiempo, los grupos de cuarto año

recibieron dos temas de salud en una sola sesión, el resultado de ello, fue que la información se dio de manera breve, sin tiempo a reflexión o comentarios, por lo que, se invitó a los niños investigaran más sobre los temas visto en la semana y entregaran sus trabajos en un folder.

La segunda, los grupos de tercero recibieron un tema de salud, lo que generó que la clase fuera más explícita y amena para los estudiantes, esto propició la reflexión y creatividad. Los niños pudieron realizar con cartulina, revistas y la técnica del rasgado, la elaboración de un rompecabezas de un metro de cada una de las partes que conforma el sistema digestivo que aborda el tema de las EDAS que explica: funcionamiento, causas y consecuencias de la salud de los individuos.

Tema: Higiene personal, bucal y pediculosis

Fecha. 16 al 20 de mayo.

Grado y grupos. 3° A y B, 4° A y B

Lugar. Salón de clases.

Tiempo. 30 a 45 min.

Se presentó a los grupos tres cuentos sobre el cuidado personal, uno refería sobre microorganismos invisibles que se encontraban en las manos y aunque no se veían a plena vista había una diversidad de microorganismos que podían enfermar al cuerpo, otro refería la existencia de animalitos que por contagio o falta de higiene provocaba la pediculosis y por ultimo se mostraba una historia de la muelita que lloraba porque su amo no la limpiaba con frecuencia. Al término de cada cuento los niños analizaban las medidas profilácticas para mantener el cuerpo limpio para evitar la caries y la pediculosis. Las historias por lo regular se tomaba un tiempo de 15 minutos en cada una se realizaba un análisis sobre qué acciones de salud debían tener los estudiantes para su cuidado corporal.

Al final del tema se invitó a los escolares escribieran un cuento de su propia autoría del cuidado y limpieza personal, en esta actividad se les sugirió al grupo apoyarse de otras personas para que ambos construyeran la historia, ya que éste tendría que ser entregado y leído a sus compañeros en la próxima clase.

Observaciones.

A los escolares les agradó el abordaje que se le dio al tema de salud, por sus comentarios, expresaban el gusto y agrado de historia o cantos que se realizaban antes de iniciar la sesión educativa. Esto dio como resultado que los niños prestaran más atención y a su vez, el respeto para aquellos estudiantes que cumplieron con su tarea al realizar su cuento y leerlo frente al grupo. Cuando los niños terminaban su narración, recibían de sus compañeros opiniones y felicitaciones.

Tema: Infecciones Respiratorias Agudas Severas.

Fecha. 23 al 27 de mayo.

Grado y grupos. 3° A y B, 4° A y B

Lugar. Sala de cómputo.

Tiempo. 30 a 45 min.

Se les presentó a los estudiantes el cortometraje el consejo de los Lunnis, antes de iniciar el spott, recomendaba a los escolares que prestaran mucha atención a lo que iban a observar, porque al final ellos mismos darían a conocer el nombre del tema de salud que se trataría en la clase, al terminar la presentación se dejaron algunos minutos para que los estudiantes expresaran su respectivas opiniones y conclusiones sobre la sesión educativa de salud a tratar. Posteriormente se realizó la presentación en power point, al finalizar, se aplico en el grupo de 3° B un cuestionario de cinco preguntas en el que se invitó a los niños a

realizar un juego de competencias entre niños y niñas. El que tuviera más aciertos era el equipo que ganaba, no se les prometía ningún premio, solo el hecho de participar, competir y hacerles ver al grupo quienes habían comprendido mejor el tema. Al final las niñas ganaron.

Por otro lado, en el grupo de 4° A no se aplicó el cuestionario en vez de ello, realizaron un sketch del consejo de los Lunnis, invité al grupo a formar voluntariamente dos equipos de cuatro integrantes, una vez formado se les otorgó un tiempo de cinco o diez minutos para que practicasen el spott, mientras tanto platicaba con el resto del grupo sugiriéndoles que en el momento de la actuación de sus compañeros realizaran críticas constructivas sobre los errores o aciertos que observaban de ellos acerca no sólo de la actuación sino del mensaje sobre el tema de salud que debían de transmitir a los que los miraban. Los equipos realizaron su presentación y cada uno recibió de sus compañeros sus respectivos comentarios, así mismo, los que actuaron expresaron sus emociones y experiencias con respecto a su participación al estar frente a sus compañeros.

Se invitó al grupo a reflexionar que el trabajo que habían realizado sus compañeros era de valorar sus esfuerzos y al referir crítica no se trataba de ofender a nadie sino de aprender a calificar y comprender el tema de una manera distinta y amena, la profesora a cargo también expresó su opinión al grupo.

Observaciones.

Los días 23 y 24 de mayo se realizó a toda la escuela la prueba ENLACE, por lo tanto, no se realizaron actividades para la aplicación del tema de las IRAS, en consecuencia sólo dos

grupos lo recibieron. Por falta de tiempo no hubo la invitación de realizar trabajos en casa para ser entregados al ponente.

Temas: Derechos y deberes de los niños, ecología y deportes.

Fecha. 30 de mayo al 03 de junio.

Grado y grupos. 3° A y B, 4° A y B

Lugar. Sala de cómputo.

Tiempo. 30 a 45 min.

Informe.

Por la diversidad de actividades extraescolares que presentaban los grupos y algunos contratiempos que tenían las profesoras, el tema de derechos y deberes, ecología y deportes no se pudo llevar a cabo con los niños, a pesar de ello, los escolares no perdían el interés de saber de los temas de salud que aplicaba el equipo médico.

Durante esa misma semana a petición del coordinador el equipo médico realizaba la toma de medidas del IMC a todos los escolares, para avanzar con los trabajos de la siguiente semana y aplicar con los padres de familia el cuestionario de la evaluación del estado nutricional de la población escolar que se llevaría a cabo en todas las primarias del Distrito Federal, apoyaba a la doctora con los registros de peso y medida de todos los estudiantes que se checaban diariamente. Durante los chequeos se observó el comportamiento de una niña que llamó la atención de la médica y enfermero, motivo por lo cual, se canalizó con la psicóloga del equipo de salud escolar para que diera un diagnóstico oportuno sobre sus estados de conducta, se le diera atención y seguimiento a su caso.

4.5.1. Informe de Actividades Escuela Primaria Marie Curie Sklodowska

La situación de pediculosis que se presentó en el plantel escolar, dio lugar a que se realizara reforzamiento de sesiones educativas de higiene personal con los escolares, profesores y padres de familia para que las acciones de limpieza fuesen practicadas en la escuela y en el hogar, con el fin de mantener el control de la situación y evitar la propagación de contagios a otros grupos. La comunidad escolar se organizó para efectuar revisión minuciosa a todos los grados y referir a los niños contagiados para su pronta atención médica e integración al plantel. De 358 estudiantes que se revisaron, 70 escolares presentaron problemas de pediculosis.

Se realizó la notificación de la situación a la Jurisdicción Sanitaria a través del Coordinador de Salud Escolar. El personal de higiene Escolar de la SEP hizo acto de presencia para constatar el problema.

Todos los días miércoles se realizaba colutorios⁴¹ en todos los grupos, desde nuestra llegada y en las primeras clases del taller, se les pedía a los estudiantes trajeran un vaso con su nombre, ya que una vez a la semana realizarían limpieza bucal y aplicación de fluoruro.

Se le proporciono a cada uno de los estudiantes un cepillo dental (un total de 358 piezas). Se programaron 12 técnicas de cepillado, 12 aplicaciones de fluoruro por cada grupo y 6 detecciones de placa dentobacteriana.

⁴¹Actividad de limpieza bucal.

Para la realización de los exámenes médicos se solicitó previamente la autorización de los tutores, por lo que de 358 estudiantes, que es la población total de la institución sólo se aplico a 234 escolares, obteniéndose los resultados de las siguientes áreas:

Áreas examinadas	Detecciones realizadas
Estado nutricional	18 con bajo peso, 33 con sobrepeso y 32 con obesidad.
Visual	62 con alteración, 16 usan lentes.
Problemas de desarrollo	14 con probable TDA ⁴² y 2 con problemas de lenguaje.
Piel	70 con pediculosis.
Músculo esquelético	6 con pie plano.
Respiratorio	2 con problemas de las amígdalas.
Dental	62 con caries.

Con respecto a los resultados de revisiones por audición, digestivas y cardiovasculares los estudiantes no presentaron ninguna alteración al respecto. De consultas para urgencias se solicitaron 10. El total de resultados del estado de salud de los 234 niños revisados, 73 presentaron buen estado de salud, el equipo médico realizo 161 referencias y 202 pases para atención de los escolares por parte de las instituciones de salud públicas o privadas.

⁴²Trastorno de déficit de atención.

El Programa de Salud Escolar 2010-2011 indica que únicamente a los grupos de quinto y sexto grado se aplicará una sesión sobre el tema de sexualidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual, y tres sesiones a todos los grupos de cuarto, quinto y sexto grado sobre adicciones, sin embargo, en esta escuela sólo se impartió una sesión sobre el tema de adicciones.

De la formación de niños promotores (en 4°, 5° y 6° grado) se instruyeron a 16 estudiantes a iniciativa del equipo de salud, se diseñó un formato de credencial para que fueran distinguidos y ubicados por sus compañeros de escuela, consistiendo básicamente sus actividades en transmitir a sus compañeros los conocimientos adquiridos en la capacitación dada por el equipo médico, sobre los siguientes temas: prevención de accidentes, higiene personal, nutrición, autoestima, derechos y deberes de los niños, ecología, deporte y salud, higiene bucal, educación vial, IRAS, EDAS, sexualidad, adicciones y pediculosis.

En cada una de las sesiones a cargo de los niños promotores⁴³, se trabajó con diferentes técnicas para la mejor comprensión de los temas por parte de sus compañeros. Dicha actividad fue bien recibida y apoyada por parte de los profesores a cargo.

Por último se realizó, una exposición general ante los padres de familia, personal docente y estudiantes con los trabajos elaborados por los estudiantes y entregados al equipo médico

⁴³El programa establece la formación de niños promotores, por lo que el equipo médico con apoyo de los profesores y permiso de los padres de familia o tutores, seleccionan dos escolares por cada grupo (únicamente los de 4°, 5° y 6° año) una vez elegidos, se reúnen a todos para ser capacitados por el equipo médico (según el programa cada quince días) sobre los temas de salud que establece el programa u otro tema de interés justificado, para que los niños promotores repliquen los temas con otros grupos del plantel.

como al promotor de la salud. (Ver parte de los trabajos y tareas que se colocaron en la exposición en el anexo 2 figuras 10, 11 y 12).

4.5.2. Informe de Actividades Escuela Primaria Juan Montalvo.

En mayo se realizó revisión antropométrica a los 12 grupos escolares y se aplicaron cinco sesiones educativas de salud. De los grupos a mi cargo, realicé el control de las actividades de los temas especificados en la siguiente grafica, en la cual indica, el total de estudiantes que recibieron las lecciones de salud.

Temas	Número de estudiantes, grado y grupo				
	3°A	3°B	4°A	4°B	Total
EDAS	21	18	32	26	97
Nutrición	21	24	28	28	101
Higiene personal, bucal y pediculosis	25	20	16	33	94
IRAS	18	21	34	30	103

El resto de los temas, como se tenía estipulado en la planificación, no se llevaron a cabo por diversos motivos que se presentaron dentro de la escuela como: actividades extraescolares y poca disposición de tiempo por parte de los profesores para aplicar las sesiones educativas a los estudiantes, motivo por la cual, sólo cinco temas de salud pudieron ser efectuados dentro del plantel con los grupos a mi cargo.

Los días 23 y 24 de mayo se aplicó la prueba ENLACE, motivo por el cual, fueron suspendidas las sesiones de salud, resultado de ello, los días restantes de la semana, en algunos grupos los temas fueron vistos con rapidez y en otros no se aplicaron.

Por indicaciones del coordinador a cargo, se nos pidió calcular el IMC (Índice de Masa Corporal) de los estudiantes a través de los datos registrados en la hoja PSE-02, donde se detallaba el peso y talla de cada uno de los escolares examinados por el equipo médico, con el objetivo de saber la incidencia del estado de salud en relación al sobrepeso y obesidad.

Del 6 al 24 de junio del 2011 se organizó con los padres de familia la aplicación de los cuestionarios “Evaluación del estado nutricional de la población escolar en primarias del D.F. (hogar)” (ver anexo 1 figura 7 y 8) el documento tuvo como objetivo identificar la presencia o ausencia de factores de riesgo asociados al sobrepeso u obesidad. La información recabada era de carácter estrictamente confidencial. En una primera etapa los cuestionarios fueron entregados a los estudiantes para que fuesen llenados en casa, de 233⁴⁴ sólo 19 lo realizaron el resto lo entregó en blanco o incompleto, bajo estas circunstancias, en una segunda etapa, el equipo médico optó por realizarlo en la escuela, por lo que se elaboró un cartel y fue colocado a las afueras del plantel, indicando las fechas de aplicación con cada uno de los grupos para el llenado de los cuestionarios, señalando a los padres de familia la importancia de su asistencia.

⁴⁴El día de la entrega sólo habían asistido a la escuela 233 escolares de 311 matriculados, posteriormente al invitar a los padres de familia a la institución escolar al llenado del formato, al final se recabaron 252 cuestionarios.

Durante las juntas, se les informaba a los padres de familia los motivos y beneficios de los objetivos del sondeo, así como la importancia de responder con precisión y honestidad las 10 preguntas que contenía el documento con sus respectivos incisos. (Ver anexo 2 figura 9).

Al término de las fechas de llenado, se reunieron 252 cuestionarios que fueron entregados al coordinador para que fuesen llevados por él, a la jurisdicción sanitaria de Benito Juárez junto con una orden de evaluación sobre estudiantes con detección de estado de salud en: bajo peso, sobrepeso y obesidad, número de referencias de escolares como lugar institucional de salud al cual el niño (a) debía asistir para su tratamiento. Los datos estadísticos de salud que presentó la Escuela Primaria Juan Montalvo fueron las siguientes: de 311 estudiantes, 11 tuvieron bajo peso, 46 sobrepeso y 9 con obesidad.

De los grupos de 3° hasta 6° se extendieron 46 referencias a diversas instituciones de salud, para que los estudiantes recibieran su pronta atención, de los cuales: 20 se destinaron al Centro de Salud de Portales, 22 al IMSS, 3 al ISSSTE y 1 a PEMEX.

Así mismo, se realizó revisión de pediculosis, se presentaron casos sin mayores consecuencias, los padres de familia y profesores trabajaron en ello con el apoyo del equipo médico para seguimiento de tratamiento.

Todos los días martes de la semana se llevó a cabo colutorios y aplicación del fluoruro a los niños, excepto los días 10 y 24 de mayo no se realizó, debido a festividad del día de las madres y por aplicación de pruebas ENLACE, por lo que únicamente se llevaron a cabo 8 sesiones de limpieza en algunos grupos escolares, para otros, sólo fueron 6 por circunstancias que presentaban algunos profesores de no poder interrumpir sus clases.

Se procedió a la formación de niños promotores de 4°, 5° y 6°, con un total de 10 estudiantes, entre las fechas del 27 de junio al 15 de julio. Se trabajó en la formación y preparación de los equipos de niños promotores, a quienes se les asignaron grupos a exponer, temas y elaboración de material para la ejecución de las replicas sobre los temas de salud con sus compañeros de escuela. (Ver fotografías en el anexo 3 figuras 13 y 14).

4.6. Escuela Siempre Abierta.

Como parte de la actividad “escuela siempre abierta” del programa de Salud Escolar, durante el periodo vacacional se realizó la visita a tres escuelas primarias para la aplicación de los talleres de salud y expedición de certificados médicos. La estancia en cada una de las escuelas fue de una semana, la organización del trabajo en cada escuela quedó de la siguiente manera:

**ESCUELA PRIMARIA
JOSÉ JOAQUIN TERRAZAS
PERIODO DEL 18 AL 22 DE JULIO DEL 2011
POBLACIÓN: 70 ESTUDIANTES**

TEMA	FECHA
NUTRICIÓN	LUNES 18 DE JULIO
EDAS	MARTES 19 DE JULIO
IRAS	MIERCOLES 20 DE JULIO
HIGIENE PERSONAL, BUCAL Y PEDICULOSIS	JUEVES 21 DE JULIO
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	VIERNES 22 DE JULIO

Resultados del estado de salud de los escolares

Estado nutricional	Sobrepeso 25, obesidad 7.
Visual	Con alteraciones 13, uso de lentes 6.
Bucal	Caries 15.

**ESCUELA PRIMARIA
SANTIAGO R. DE LA VEGA
PERIODO DEL 25 AL 29 DE JULIO DEL 2011
POBLACIÓN: 43 ESTUDIANTES**

TEMA	FECHA	
NUTRICIÓN	LUNES	25 DE JULIO
EDAS	MARTES	26 DE JULIO
IRAS	MIERCOLES	27 DE JULIO
HIGIENE PERSONAL, BUCAL Y PEDICULOSIS	JUEVES	28 DE JULIO
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	VIERNES	29 DE JULIO

Resultados del estado de salud de los escolares

Estado nutricional	Bajo peso 1, sobrepeso 7, obesidad 1
Visual	Con alteraciones 8, uso de lentes 7
Bucal	Caries 9

**ESCUELA PRIMARIA
JOSÉ MARTÍ
PERIODO DEL 01 AL 05 DE AGOSTO DEL 2011
POBLACIÓN: 67 ESTUDIANTES**

TEMA	FECHA	
NUTRICIÓN	LUNES	01 DE AGOSTO
EDAS	MARTES	02 DE AGOSTO
IRAS	MIÉRCOLES	03 DE AGOSTO
HIGIENE PERSONAL, BUCAL Y PEDICULOSIS	JUEVES	04 DE AGOSTO
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	VIERNES	05 DE AGOSTO

Los resultados del estado de salud de los escolares, no se incluyen en ésta última institución escolar, debido a que ya no pude pedir el registro de los datos al equipo médico antes de fuesen entregados al coordinador.

ACTIVIDADES EXTRAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR.

Elaboración de material didáctico como: fichas con dibujos alusivos del tema de autoestima, cubos de cartón de 30x30x30 centímetros para juegos de integración y apoyo de repaso de los temas de salud, así como una pirámide de 4 lados formados por triángulos equiláteros de 25x25x25 centímetros, dos cajas para archivo y 25 rompecabezas con fotografías de alimentos balanceados para el tema de nutrición (Ver anexo 3 figuras 15 y 16).

Crítica y propuesta al programa de Salud escolar 2010-2011.

La Dirección General de Promoción de la Salud desarrolló el *Programa de Salud Escolar*. Éste, tiene la finalidad de desarrollar habilidades, destrezas, para que los sujetos fomenten en sus estilos de vida hábitos y conductas saludables a nivel personal, social y ambiental. A través de lo anterior, se busca que los individuos adquieran las herramientas para identificar, analizar y resolver en comunidad los problemas de salud, propiciando así, acciones de autocuidado y participación social.

Desde la perspectiva que el *Programa de Salud Escolar* estipula en sus objetivos, misión y visión, las acciones laborales que realiza el equipo multidisciplinario con la comunidad escolar, están encaminadas a cumplir con los criterios que el programa establece.

Al colaborar como apoyo en las actividades que realiza los educadores de la salud, durante mi servicio social y ser partícipe de las acciones que el equipo médico efectúa con la comunidad, se generaron en mí una serie de inquietudes acerca de los mecanismos para el cumplimiento de los objetivos del programa y el impacto que éste logra con los estudiantes, padres de familia y directivos, si consideramos lo siguiente:

- a) El tiempo que destina el *Programa de Salud Escolar* para trabajar con la población infantil consta de tres meses por cada escuela, la aplicación de las sesiones de salud por cada grupo varía de 15 a 30 minutos y el tiempo para volver y aplicar los talleres en la misma institución educativa es de dos años. Lo que significa que la estancia que tiene el equipo médico en las instituciones educativas, no es suficiente para constatar

y confirmar si realmente los niños y las niñas aplican en la vida cotidiana los conocimientos teóricos, para propiciar en los escolares la adquisición de conductas significativas que los lleven a la construcción de bagajes culturales sanos en sus estilo de vida.

- b) No existe un diagnóstico previo para conocer las necesidades o problemáticas que presenta cada comunidad escolar para dar prioridad a la aplicación de las sesiones educativas de salud que se requieran en su momento y para atender de forma diferenciada las problemáticas que se presentan en cada plantel escolar.
- c) Las instituciones educativas, reciben visitas de otras instancias que aplican temas del cuidado de la salud a través de: platicas, sociodramas, teatro guiñol, entre otros, que se asocian a las sesiones educativas que aplica el Programa de Salud Escolar, por consiguiente, ello origina: primero, que el equipo médico merme aún más su tiempo, a causa de que tiene que esperar que los grupos externos terminen su labor con los escolares. Segundo, la falta de coordinación y organización entre el equipo médico y educadores de la salud externos para abordar los temas con los educandos origina en los escolares que la información recibida no les resulte novedosa y sí repetitiva.
- d) Durante el ciclo escolar, los profesores como los estudiantes tienen asignadas actividades extraescolares (aplicación de exámenes, supervisiones, entre otros) que minan aún más el restringido tiempo del programa.
- e) La minoría de padres de familia que se interesaron por los temas o las situaciones adversas de salud que se presentaron con sus hijos o tutelados se pierde, porque no

existe una organización por parte de los educadores, profesores y directivos que den continuidad a las platicas, favoreciendo con ello la participación activa comunitaria con los padres de familia.

- f) Falta de una evaluación cualitativa que muestre la efectividad del *Programa de Salud Escolar* en las escuelas donde se aplicaron los temas de salud, es decir, no existe una evaluación que nos permita observar en las escuelas visitadas los procesos de cambio de hábitos y conductas saludables en los escolares, puesto que, no hay un registro que confirme si los niños al término de los talleres ponían en práctica los conocimientos que adquirieron en las sesiones de salud, que este aprendizaje se viera reflejado en su estilo de vida.
- g) El informe final que se entrega al término de las actividades, sólo contiene datos estadísticos que corresponden al número de niños revisados, referidos y expedición de certificados médicos, número de trabajos o tareas que los niños entregaban al final de cada sesión educativa, número de pláticas informativas aplicadas a padres de familia, entre otras, sin considerar, un registro que notifique la modificación de conductas saludables en la comunidad escolar.

Por lo tanto, ante éstas situaciones adversas, queda incierto y en el aire el cumplimiento de los propósitos que pretende alcanzar el programa, sobre la construcción de bagajes culturales saludables en los estilos de vida de los sujetos, porque, las evidencias de los factores de riesgo que inciden en las instituciones escolares, sobre conductas nocivas como lo es el bullying, estados emocionales negativos que generan inseguridad, miedos, bulimia, agresiones entre

pares, obesidad, entre otros comportamientos, afectan el desarrollo humano de los estudiantes porque son un problema social que actualmente afecta a nuestra sociedad.

Es necesario considerar que, las situaciones de salud que prevalecen en los escolares con las prácticas de salud que aplica el programa en las instituciones educativas crea, cierta incertidumbre para considerar si sus acciones son acertadas por lo siguiente: ¿cómo el *Programa de Salud Escolar* valora y evalúa conductas saludables en los sujetos para verificar su efectividad?, ¿qué nos hace pensar que al finalizar las sesiones educativas de salud aplicadas a los estudiantes, el niño o la niña, tiene la capacidad de enfrentar situaciones adversas que pudieran afectar su desarrollo psicológico, físico y social y pensar que pueda; identificarla, pedir ayuda y resolver el problema que le aqueja?, ¿cómo saber si los grupos escolares, el personal académico y administrativo de la institución cuentan con la capacitación para actuar en casos de bullying, realizar acciones de organización y autoayuda para evitar la violencia intra y extraescolar? o ¿cómo se puede asegurar que la comunidad escolar, cuenta con los suficientes herramientas para identificar y actuar sobre conductas de estados emocionales nocivos de los escolares como por ejemplo la depresión infantil?.

La falta de una evaluación que nos indique si la comunidad escolar está preparada para enfrentar éste tipo de situaciones adversas, que interfieren en el desarrollo humano de los escolares, como la falta de evidencias que señale a los educadores como los educandos de tener la capacidad para actuar favorablemente ante este tipo de problemas, crea cierta inquietud de que la población no aplique y desarrolle favorablemente en su cotidianidad

estilos de vida saludables. De acuerdo a la OMS, la salud es el bienestar biopsicosocial individual y colectivo de los sujetos (1986), para que la comunidad escolar desarrolle estrategias en cuanto a conocimientos y herramientas que les permitan mantener las tres dimensiones en un estado óptimo, es necesario que las personas conozcan primeramente cada uno de los elementos que constituyen a la salud, para que, relacionen y apliquen dicha información en las prácticas cotidianas de sus estilos de vida; a nivel personal, social, ambiental y, con ello, puedan comprender y darse cuenta de los factores determinantes que influyen en los estados de salud de los individuos, en los elementos que provocan el descontrol o desequilibrio físico, biológico, emocional y social de las personas o grupos, de esta manera, la comunidad escolar tendrá las herramientas para intervenir sobre los factores de riesgo de salud que prevalecen en su entorno.

Por ejemplo, en el caso de los escolares con respecto al cuidado de su salud, los niños cuentan con nociones teóricas básicas sobre origen y causas de enfermedades patológicas como; las crónicas degenerativas e infectocontagiosas, también, tienen conocimiento de algunos indicadores de factores de riesgo ambientales y sociales que afectan a la comunidad escolar dentro y fuera del plantel, estas nociones en teoría, tendrían que permitirles a los escolares actuar de manera previa y al alcance de sus posibilidades a confrontar los condicionantes de la salud que aquejan a su persona o población, sin embargo, a pesar de sus conocimientos, los escolares no cuentan con las herramientas necesarias para tomar decisiones que los lleven a efectuar acciones actitudinales y conductuales favorables del cuidado de la salud individual y colectiva.

Ahora bien, desde el punto de vista de la promoción de la salud, los resultados que tendríamos que esperar posterior a la aplicación de programas de este tipo, es el fortalecimiento de las capacidades cognitivas, conductuales y actitudinales de los escolares, en este caso, que tendrían que evidenciarse en la autogestión y ejercicio de su derecho a la salud, individual y colectiva para lidiar –dentro de sus posibilidades- con la multiplicidad de los condicionantes de la salud y actuar sobre ellos, si esto se aplicara, entonces habría en la medida posible, la disminución de enfermedades crónico degenerativas como el sobrepeso, obesidad, bulimia, anorexia y de las infectocontagiosas existiría menores riesgos para problemas respiratorios, gastrointestinales, sexuales y otros (como la violencia interpersonal) que son un problema de salud que en la actualidad siguen aquejando en nuestra sociedad.

Asimismo, hay que insistir en que la salud no sólo implica revisiones antropométricas de cada uno de los escolares, expedición de certificados médicos, referencias a instituciones de salud y aplicación de sesiones educativas, para que la comunidad escolar conozca de su estado y actué sobre ello (es verdad, que parte de estas acciones, se fundamentan en la educación para la salud, cuyo objetivo, es prevenir las enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas, a través del uso de la tecnología y del conocimiento científico). También, la salud consiste en el empleo de estrategias que favorezcan los estados óptimos de los sujetos, como la participación comunitaria, la cual refiere que los individuos que forman parte de un grupo que tienen mismos intereses y necesidades, ejerzan sus derechos y obligaciones en pro de la salud de forma organizada y sistematizada, por lo tanto, para que estas prácticas puedan llevarse a cabo en la comunidad escolar, es necesario que los educandos y educadores

promuevan en su relaciones interpersonales, la participación social, mediada por la colaboración, dialogicidad y reciprocidad de experiencias cognitivo-socioculturales, que permita al grupo realizar acciones concretas resolutiveas sobre sus propios factores determinantes que afecten su salud, de ésta manera, no solo favorecerán bagajes culturales sanos a nivel personal y social, sino también, dentro de ello, ejercitaran acciones de promoción de la salud.

De acuerdo a la Primera Conferencia de Promoción de la Salud, se retomo para éste trabajo el concepto de promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla” (1986). La real academia española define el término “proceso” como curso del tiempo o conjunto de las fases de un fenómeno en evolución. Lo que significa que, para lograr que los individuos sean capaces de controlar los factores determinantes de la salud que intervienen en su contexto cultural, social, ambiental, entre otros, es necesario que se considere lo siguiente:

- Reconocer que la promoción de la salud es un proceso que requiere de tiempo, dedicación, atención, paciencia y perseverancia, para que las personas integren en sus conductas nuevos significados.
- Generar una cultura diferente de pensamiento y prácticas saludables en los estilos de vida.

Lo anterior lleva a la conclusión de que la estancia del equipo médico en las escuelas es insuficiente para que se realicen acciones de promoción y educación para la salud. Las

garantías de que los niños realmente se apropien de las herramientas para ejercer autonomía de practicar acciones saludables en sí mismos, con su familia o comunidad, requiere de atención y tiempo para que tengan claro qué son los factores de riesgo, los identifiquen y trabajen en aquellos que están bajo su control.

Por otro lado, la forma en cómo se llevan a cabo las actividades y sesiones educativas de salud del programa a la comunidad escolar, sin considerar antes un diagnóstico previo que permita observar los indicadores o factores que prevalecen en la población, que prioricen acciones de promoción y educación para la salud, pone en riesgo la finalidad del programa, pues, sino se consideran las características particulares de cada comunidad escolar,⁴⁵ la labor del equipo multidisciplinario en la institución educativa podría ser en vano, por lo tanto, para evitar que éste tipo de situaciones continúen persistiendo en la aplicación del programa, es necesario que se apliquen acciones desde la perspectiva de promoción de la salud, para que el programa pueda alcanzar sus expectativas establecidas en sus tres elementos: misión, visión y objetivo. Debido a lo anterior, se propone lo siguiente:

1. Integración del programa, como parte de la curricula en las instituciones educativas oficiales a nivel primario.

La educación como la salud, son una plataforma para impulsar en las conductas de los infantes, el desarrollo de hábitos y costumbres saludables. Las escuelas son lugares propicios

⁴⁵Porque a pesar de que las instituciones educativas pertenecen a una misma localidad geográfica-sociocultural, cada una de ellas es diferente en cuanto a condiciones ambientales, disponibilidad de tiempo, actividades extraescolares, necesidades y problemáticas, por mencionar algunas para aplicar de la misma manera la planeación a la ejecución de las sesiones educativas de salud

para llevar a cabo, desde edades muy tempranas, acciones que favorezcan al desarrollo humano, si las instituciones educativas son una parte primordial en la formación cognitiva, conductual y cultural de los infantes, es de sugerir como estrategia general, que el *Programa de Salud Escolar* forme parte de la curricula del sistema educativo en todas las escuelas públicas y éste a su vez, integre dentro de sus recursos humanos en el equipo de salud a un(a) promotor(a) de la salud.

Si esto ocurriera, facilitaría el trabajo de los actores que operan el programa; brindaría la libertad, espacio, tiempo para ejercer la promoción y educación para la salud, y, permitirá que otros programas⁴⁶ que realizan tareas semejantes en las instituciones de manera breve o temporal, se integren con las actividades que efectúa el equipo médico, para que entre ambos trabajen de manera coordinada y organizada en la aplicación de los temas de salud, logrando de esta manera, que las lecciones no sean inoportunas, repetitivas o rutinarias para los escolares. Que sean de refuerzo o incremento de conocimientos que los ayude a valorar el uso de herramientas, que se adapten a sus necesidades para el cuidado de la salud. Si esto se lograra, los beneficios que el programa obtendría serian los siguientes:

- Efectividad real del equipo médico al cumplimiento oficial de las horas laborales, que establece la jurisdicción sanitaria. La falta de espacio y tiempo para que el equipo médico aplique los temas de salud en ocasiones resulta nulo, debido a que los

⁴⁶Las escuelas regularmente durante el ciclo escolar reciben visitas de trabajadores públicos de diversas instituciones que aplican sesiones educativas del cuidado de la salud como: educación vial, sexualidad, autoestima, adicciones, entre otras, por medio de presentaciones de teatro guiñol, películas, cuentos, pláticas informativas, etcétera, que los niños reciben en un tiempo esporádico y breve.

profesores a cargo no pueden interrumpir sus actividades planeadas, lo que origina la existencia de tiempos muertos que merman aún más el cumplimiento de los objetivos que establece el programa.

- Eficacia del personal que opera el programa, es decir, los educadores tendrán los conocimientos ⁴⁷ para planificar, ejecutar y evaluar sesiones educativas de salud de forma sistemática que en complemento con otras materias formativas y en apoyo con los profesores a cargo, lograrán que la educación (entre los educandos y educadores) sea integral y activa.
- Los escolares al tener el tiempo y el espacio suficiente para adquirir los conocimientos del cuidado de la salud, tendrán mayores posibilidades de desarrollar sus capacidades, habilidades y destrezas para obtener las herramientas que les permitan afrontar sus realidades ante los problemas o necesidades prevalecientes en la población, permitiendo con ello, se forje una visión objetiva y viable a soluciones o alternativas en pro de la salud. Asimismo, los educandos al poner en práctica sus aptitudes cognitivo-significativas de su realidad, propiciara en ellos, un sentido reflexivo e integrador que les permita entender su contexto social y practicar acciones de participación comunitaria.

⁴⁷Para tener idea de cómo el personal de salud podría desarrollar conocimientos que utiliza la promoción de la salud, podemos observar los planteamientos del capítulo IV en el que se describe la planificación y ejecución de las sesiones educativas que se llevaron a cabo con grupos de diversos grados, cuyas actividades fueron planificadas acorde a las características que presentaba la población, en la que se tomo en consideración aplicación de métodos y técnicas para cumplir eficazmente con los propósitos del *Programa de Salud Escolar*

2. Capacitación del personal que laboran en el programa a nivel de promoción de la salud.

Como parte de las estrategias, El *Programa de Salud Escolar* realiza capacitación y actualización de su personal, sus técnicas se concentran en la educación para la salud, sin considerar elementos básicos como conocimientos, habilidades y destrezas que fomenta la promoción de la salud.

Desde la perspectiva anterior, es necesario que los educadores tengan dichas nociones para que complementen sus conocimientos⁴⁸, habilidades⁴⁹ y destrezas⁵⁰ que les facilite la aplicación del programa, el uso de metodologías y estrategias del cuidado de la salud, aplicadas según las características de las personas, grupos y comunidades con las que se relacionaran o trataran, desarrollen herramientas propicias para abordar los temas de salud y favorecer la participación comunitaria hacia acciones directas sobre necesidades, problemáticas que acontecen en la comunidad desde sus propias realidades.

Por lo tanto, si los educadores se apropian de los conocimientos de la promoción de la salud en complemento con la educación para la salud, los capacitadores tendrán la capacidad de realizar lo siguiente:

⁴⁸Conocimientos en cuanto a paradigmas y modelos que explican los procesos de salud-enfermedad, metodologías de educación, elaboración de diagnósticos y planeaciones sobre las necesidades y problemas que inciden en la salud (perfil del egresado de la licenciatura de Promoción de la Salud www.uacm.edu.com)

⁴⁹Destreza para analizar contextos socioculturales y económicos de los sujetos o grupos sociales, fortalecimiento de la promoción de la salud comunitaria con la creación de ambientes saludables (perfil del egresado de la licenciatura de Promoción de la Salud www.uacm.edu.com)

⁵⁰Desarrollo de actitudes en un sentido de humildad, responsabilidad, humanista y de valores en cuanto a nivel personal y sus relaciones humanas (perfil del egresado de la licenciatura de Promoción de la Salud www.uacm.edu.com).

- Elaborar y aplicar diagnósticos comunitarios que les permitan identificar específicamente los factores de riesgo que prevalecen en la comunidad, para que en forma coordinada con el personal docente y directivos se realicen acciones de educación y promoción de la salud.
- Uso de estrategias pedagógicas⁵¹, hacia una dirección constructivista, dinámica e interactiva, cuyas técnicas se orienten a acciones reflexivas sobre las realidades de los sujetos, que les permitan ejercer en las prácticas cotidianas, aprendizajes significativos que conlleven en el proceso de enseñanza-aprendizaje conocimientos y valores saludables al mejoramiento de calidad en los estilos de vida.
- Relacionar los modelos existentes que explican el proceso de salud-enfermedad, para actuar según acorde a las características socioculturales de la comunidad, con ello, favorecer las relaciones sociales en el fortalecimiento hacia acciones de solidaridad, equidad con y para la comunidad en favor al cuidado de la salud.

3. Fortalecimiento de la participación comunitaria.

Si se les permite a los escolares trabajar en equipo con los padres de familia⁵², profesores y directivos, además de participar sobre las situaciones que prevalecen o se presentan en la

⁵¹Existen diversas estrategias pedagógicas como el método de la dialogicidad, el de pensamiento crítico e imaginativo, entre otros, que todo educador de la salud puede poner en práctica para desarrollar favorablemente sus actividades salud-educativas.

⁵²En este caso el reto de que los padres de familia o tutorados se involucren en los temas de salud, la experiencia que se tuvo en la primera escuela, fue que los escolares comenzaron a platicar sobre lo que habían aprendido de las enfermedades infectocontagiosas relacionándolas con lo que sucedía en casa cuando uno de los miembros de la familia enfermaba del estomago o de las vías respiratorias, resultado de ello, es que los integrantes de la familia conocieron lo que sucedía en su organismo respiratorio y digestivo, esto genero que los padres preguntaran a sus hijos más de lo que habían aprendido en la escuela con el equipo médico. Finalmente este tipo de acciones, permitió que algunos padres de familia participaran con sus hijos para investigar más sobre el tema e interesarse con las labores de salud que el equipo médico pedía a los escolares para la exposición que al final se llevaría

comunidad escolar, los niños estarían involucrados, conociendo las problemáticas reales que existen en su entorno ambiental, social e individual. De esta manera, se favorecería el desarrollo del potencial humano y con ello, la participación colectiva en pro de la salud, fortaleciendo así la autonomía en la toma de decisión e implementación de acciones, es decir, sin la necesidad de la presencia del equipo médico que los dirija en este proceso.

Si la salud se concibe como un concepto dinámico⁵³, es de suponer que la promoción de la salud es participativa, creativa e innovadora, para generar en el proceso educativo verdaderos cambios de conducta, es indispensable que en la educación se realicen aprendizajes significativos para forjar en los educandos la adquisición de conocimientos, valores y habilidades en las que los estudiantes aprendan a aprender a realizar acciones responsables y de autosuficiencia en la toma de decisiones, que los beneficien saludablemente toda la vida. Para lograr este fin y desarrollar la confianza y autoestima de los niños, es necesario que existan acciones de participación comunitaria.

Para ello, es importante tener en claro que la participación comunitaria es “un proceso voluntario, asumido conscientemente por un grupo de individuos que buscan un desarrollo sistemático en el tiempo y en el espacio, con el fin de alcanzar objetivos de interés colectivo y cuya estrategia debe tener como instrumento fundamental la organización” (García 1993:101), por lo que, el *Programa de Salud Escolar* hace referencia a dos de cinco

acabo de las sesiones educativas de salud. Este tipo de acciones brinda la posibilidad de que otros padres de familia se involucren o se sumen a participar.

⁵³Colomer (2000) cita a los siguientes autores como Terris, Sigerist y Gol comprenden y explican que la salud va mas allá de la ausencia de enfermedad, no la conciben como absoluta, y sí como el logro del más alto nivel de bienestar (relacionado a la autonomía, actitud, solidaridad, alegría, responsabilidad a la vida, físico, mental, social) que el ser humano pueda obtener. (p. 7-9).

áreas de acción de promoción de la salud que se establecieron en la carta de Ottawa en 1986, en la que se expone el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales, con la finalidad de encaminar a “una cultura de corresponsabilidad y autocuidado de la salud”[...] (p. 7), para lograr estilos de vida saludables.

Si el programa considera como parte estratégica el fomentar la participación comunitaria, la realidad de sus acciones queda poco clara en las prácticas sociales de la comunidad escolar. El motivo de que estas acciones no se cumplan en su totalidad, es la existencia de una serie de determinantes⁵⁴ que son posibles impedimentos para que los padres de familia o tutores⁵⁵ conozcan, participen y se involucren en los problemas o necesidades de los educandos, en cuanto a los profesores y directivos, la multiplicidad de sus actividades no les permite tener el tiempo suficiente para organizar, dedicar y atender situaciones de factores de riesgo para la salud.

4. Evaluación cualitativa.

Parte de la metodología de investigación con la que se instrumenta la promoción de la salud se basa en la aplicación de dos evaluaciones: cuantitativas y cualitativas, éstas en conjunto, proporcionan datos sobre los estados de salud en términos estadísticos y conductuales de los sujetos. Estos instrumentos al ser utilizados o aplicados en los programas, revelan información sobre indicadores de diagnóstico de incidencia y prevalencia de salud

⁵⁴Como: las condiciones socioeconómicas, culturales, transporte, vivienda entre otros, son una barrera que determinan la falta de participación comunitaria

⁵⁵Existen algunos padres o tutores que se involucran sobre las problemáticas o necesidades existentes que hay dentro de la institución educativa, pero son minoría y su participación en general es intermitente y esporádica.

que acontece en la comunidad, así como el impacto de las acciones que aplica el programa en la población.

El *Programa de Salud Escolar*, pone énfasis en evaluaciones cuantitativas más que cualitativas, esto dificulta conocer el impacto que ejerce el programa con los escolares en cuanto a cambios de conductas saludables y acción activa de la comunidad, por lo tanto, para corroborar que el programa efectivamente logro el cumplimiento de sus fines, es necesario se realice una evaluación cualitativa que nos indique si los escolares desarrollaron valores y conductas relacionadas al cuidado de su salud en los estilos de vida, así como verificar si los factores de riesgo prevalentes fueron disminuidos o controlados dentro y fuera del plantel, por consiguiente se propone el siguiente mecanismo de evaluación:

1° Evaluación inicial. Datos que nos permita conocer los hábitos y de cuidado de la salud que tienen los escolares antes de aplicar las sesiones educativas.

2° Evaluación continua. Realizar una evaluación al final de cada tema de salud para verificar si los educandos realizaron análisis y reflexión en sus estilos de vida sobre nuevas conductas y actitudes, que se puedan reflejar en la toma de decisiones dentro y fuera del plantel escolar.

3° Evaluación final. Datos que nos permitan verificar si los temas de salud fueron eficaces en la comunidad escolar (directivos, profesores, padres de familia, estudiantes y personal escolar), en cuanto a la formación de habilidades y destrezas que les permitan desarrollar las

herramientas para manejar los factores que están determinando su salud de forma voluntaria e independiente.

5. Vinculación interinstitucional.

El programa se involucra con dos instituciones, la de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la Secretaría de Educación Pública para desarrollar un esquema de atención integral a la salud del escolar, cuya atención y servicio se dirige a servicios de atención médica, sin considerar la salud mental, por lo que es prioritario que el programa genere redes sociales con instituciones como lo son: los centros comunitarios, el DIF, las casas de cultura, entre otras, que realizan acciones propuestas para que las personas alcancen un estado óptimo en su desarrollo humano, desde diversos puntos estratégicos como: los socioculturales, artísticos, cognitivos, etcétera, para que los escolares desarrollen sus habilidades, fortalezcan su autoconcepto que les permita favorecer sus relaciones sociales, con ello, descubrir y desarrollar sus habilidades, destrezas o talentos a través de las actividades lúdicas o culturales que ofrecen algunas instituciones gubernamentales de forma gratuita, esto con el objetivo de que tanto los padres, profesores y sobre todo a los escolares pudieran acudir a éste tipo de instituciones, para mejorar sus condiciones de vida personales, familiares, ambientales y sociales.

Ahora bien, desde que oficialmente se le dio reconocimiento a la promoción de la salud, su propuesta ha sido de gran relevancia, tanto que, desde su primera conferencia realizada en Ottawa en 1986 hasta el 2013, su trayectoria ha logrado que la OMS y los

Estados Miembros⁵⁶ se comprometieran para fomentar políticas públicas saludables y aplicar en los Planes de Acción y Desarrollo acciones estratégicas de promoción de la salud en los programas de gobierno. México como integrante de los países de los Estados Miembros de las Américas. A través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), desarrollo el programa” para promover la salud en el municipio. Con la familia, con la escuela y con la comunidad” cuyo contenido ofrece programas de diversa índole, entre los cuales se encuentra el *Programa de Salud Escolar*.

Lo expuesto anteriormente, tiene como finalidad comprender la importancia de entender y aplicar desde la perspectiva de la promoción de la salud, las acciones estratégicas que ofrece a los programas de gobierno para cumplir con su objetivo primordial de que las personas desarrollen las herramientas para que puedan tener control sobre los determinantes de la salud que le aquejan, para lograr dicho fin, es necesario que el personal que interviene en los programas de gobierno tengan nociones sobre lo que hace la promoción de la salud, en cuanto a sus estrategias metodológicas, técnicas, modelos, etc., para que se pueda llevar a cabo y con eficacia las finalidades, meta y objetivos que ofrecen cada uno de los programas que desarrolla la DGPS.

⁵⁶Los Estados Miembros de la OMS, están conformados por diversas regiones de las que podemos encontrar: países de la región de África (46), países de la región de las Américas (35), países de la región de Asia sudoriental (11), países de la región del Mediterráneo Oriental (21), países del Pacífico Occidental (27). (web. OMS/ Estados Miembros de la OMS).

Por lo tanto, las experiencias expuestas en este documento como las observaciones escritas a detalle de cada una de las actividades llevadas a cabo con los escolares en las dos escuelas visitadas, los resultados obtenidos, son una muestra clara de que el programa necesita aplicar y ejercer cambios de acción en cuanto: al personal multidisciplinario que labora en el programa y el abordaje de los temas de salud en la comunidad escolar, motivo por el cual, se consideró importante realizar la propuesta expuesta en el presente apartado para el Programa de Salud Escolar, fortalezca sus estrategias de acción que beneficien a la comunidad escolar en su totalidad.

Conclusiones.

El ejercicio del servicio social es considerado como la oportunidad de los estudiantes de poner en práctica los conocimientos tanto teóricos como prácticos y las habilidades aprendidas y aprehendidas durante el proceso de formación de una licenciatura. Este espacio es para muchos el primer acercamiento que se tiene con el campo laboral, el primer contacto con el ejercicio de actividades que se realizarán quizá por el resto de la vida profesional.

En el caso del servicio social de la Licenciatura en Promoción de la salud, el primer problema al que nos enfrentamos los estudiantes de esta licenciatura es a la concepción errónea que tienen las Instituciones de salud de lo qué es la promoción de la salud, y por lo tanto, cuando llegamos a los espacios para hacer el servicio social nadie sabe qué lugar es el propicio y qué funciones debemos realizar, ni los directivos y en la mayoría de los casos ni los propios estudiantes tienen claro la amplitud de las capacidades que tiene el promotor (a) de la

salud en el ámbito laboral. Considero que una de las causas que lo originan, es la falta de consenso teórico y operativo en la planta académica de la licenciatura sobre la promoción de la salud, pues en las diversas asignaturas que debe cursar el estudiante, poco se vinculan los contenidos teóricos con el ejercicio de la promoción de la salud, motivo por el cual, el andamiaje que se ofrece en dichos cursos no da las herramientas suficientes al estudiante para que éste al finalizar su formación tenga claridad sobre qué es y qué hace la promoción de la salud, elementos necesarios para enfrentar las demandas laborales que se tienen de la promoción de la salud en las diversas Instituciones de salud.

En cuanto al sector salud, existe falta de claridad para diferenciar la prevención y promoción de la salud, el pensar que con sólo aplicar estrategias como la educación para la salud o la participación comunitaria se está haciendo promoción de la salud, es erróneo, ya que la diferencia se sitúa más allá del uso de estrategias, es decir, está en la conceptualización de cada una. La promoción tiene como propósito la conservación de la salud, se dirige a la población e influye en la interacción ambiente-persona, por su lado, la prevención sólo se enfoca en la enfermedad, es decir, en el individuo y sus factores de riesgo.

En este contexto el ejercicio del servicio social se convierte en una experiencia en la que se manifiesta la debilidad teórica en la formación y la falta de identidad profesional de los futuros Promotores de la Salud.

En el caso que nos ocupa que es la realización del servicio social en el Programa de Salud Escolar, a lo primero que tuve que enfrentarme es a la visión biomédica del equipo

multidisciplinario que opera el programa en las distintas escuelas; el desconocimiento de la existencia de la licenciatura y desde luego de los profesionales en promoción de la salud. Las condiciones a las que me enfrente como promotora en la aplicación de mis conocimientos, capacidades y habilidades fueron de desconfianza y con un estrecho margen de acción. El reto fue demostrar que era apta y estaba al mismo nivel de los distintos profesionales que intervienen en la instrumentación del programa, y aún con esto es difícil desenvolverse profesionalmente, debido a que como ya lo mencione antes, el marco de acción es muy limitado, desde mi punto de vista dos elementos tienen que ver con esto, en primer lugar la estructura del programa para trabajar con la comunidad escolar y otro el tiempo que se tiene para la aplicación del mismo, esto no permite la ejecución de otras actividades que en lo particular considero importantes para una mejor aplicación del Programa como son: diagnósticos previos antes de aplicar los temas de salud, entre otras cosas.

Ante esta situación considero importante que en el cuerpo académico de la licenciatura exista un consenso de lo que es la promoción de la salud y la forma en que se vincula ésta con los conocimientos teóricos que se imparten en cada asignatura de la licenciatura, esto con el propósito de que el estudiante de manera temprana construya una visión clara y objetiva de su profesión que le permita irse identificando como futuro promotor de la salud en el ámbito laboral.

Ante los argumentos descritos en este apartado sobre la situación que enfrentan los profesionistas de promoción, es necesario que se trabaje sobre estrategias que permitan a los

futuros promotores de la salud tener mayor vinculación con los programas que se instrumentan en el campo de la salud, para lograr un acercamiento al posible campo laboral de nuestra licenciatura . En cuanto a la curricula creo es necesario se revise la pertinencia y el enfoque de las asignaturas con el objetivo de fortalecer la formación teórica y el desarrollo de habilidades en los estudiantes que les servirán para abrir brechas en el difícil campo de la promoción de la salud.

Referencias

Álvarez Alba, Rafael (1995). *Educación para la Salud*. México: El Manual Moderno.

Arrollo de Anda, Aveleyra Manuel (1957). *La higiene escolar en México*. México: Comisión Nacional de Higiene y Servicios Médicos.

Artículos académicos para la incidencia y prevalencia de adicción infantil México INEGI. *El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011*.

Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000600001&script=sci_arttext

Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2011). *Evaluación de las Políticas y Programas Sociales implementados por el Gobierno del Distrito Federal*. Recuperado de <http://www.aldf.mx/archivo-fb81f7e4243ffb967118a4c2a3ecc48d.pdf>

Beltrán Llera, J (1995). *Psicología de la Educación*. Barcelona: Boixareu Universitaria.

Blanco Mayor, Carmelo (1992). *Filosofía y educación*. Universidad de Castilla: La Mancha.

Bosch, Montserrat (2012). *Programa cáncer de mama*. Recuperado de http://monitoreoensalud.org.mx/images/Programa_de_Cancer_de_Mama.pdf

Bullying en México estadísticas. Recuperado de http://claseciberperiodismobullying.blogspot.mx/p/estadisticas_06.html

Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo (2001). *Promoción de la salud, siete debates*. *Cuadernos médicos sociales*, (79), 1-10.

Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo (2008). *Aspectos de las políticas y prácticas de la salud en México. Seguridad social, servicios y promoción de la salud*. Serie académicos CBS, (87), 1-31.

Cerqueira, M.T. y Conti, C. *La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas*. Recuperado de desde www.fao.org/docrep/006/j0243m/j0243m06.htm

Colomer Revuelta, Concha (2000). *Promoción de la Salud y cambio social*. España: Masson. *Con la familia, con la escuela y con la comunidad*. En...para promover la salud en el municipio” (3), 1-31. México: Pro Salud.

Czeresnia, Dina y Machado de Freitas, Carlos (2008). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Declaración de Alma-Ata. Recuperado de www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../1_declaracion_deALMA_ATA.p

Definición de educación –Qué es, significado y concepto. Recuperado de <http://definición.de/educación>

Dirección General de Promoción de la Salud. Recuperado de www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promoción.html

Domínguez Monroy, Aideé Karina (2010). *Análisis de los resultados del programa enciclomedia, un ejercicio de evaluación de administración educativa*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional. México. Recuperado de <http://200.23.113.59/pdf/27527.pdf>

E. Restrepo, Helena y Málaga, Hernán (2001). *Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana.

El 27.6% de embarazadas en México son adolescentes. En Diario Intolerancia (2011). Recuperado de http://www.intoleranciadiario.com/detalle_noticia.php?n=82369

Estévez, Ety Haydeé (2010). *Enseñar a aprender*. México, Paidós.

Epidemiología de la obesidad. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>

Escuela y Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Secretaría de Salud y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2009). México. Extraída el 5/IV/2013 desde:http://www.seccionora.gob.mx/saludyseguridad/uploads/documentos/1%20programa_escuela_salud.pdf

Estadísticas a propósito del día del niño (2013). Recuperado de www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2013/niño0.pdf

Evaluación de las Políticas y Programas Sociales implementados por el Gobierno del Distrito Federal. Recuperado de www.aldf.gob.mx/archivo

Evaluación 2013 al Programa Desayunos Escolares, Sistematización de los Ejercicios de Evaluación Interna Realizados con Anterioridad. Recuperado de http://www.dif.df.gob.mx/dif/_evaluaciones/2013/Evaluacion%20Interna%20del%20Programa%20Desayunos%20Escolares%202013.pdf

Fermoso Estébanez, Paciano (1990). *Teoría de la Educación*. México: Trillas.

- Fernández Cantón, Sonia (2012). *Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2012/hi122k.pdf>
- Flores Bienert, María Dolores (2003). *La promoción de la salud una perspectiva pedagógica*. Valencia: Nau llibres.
- Franco Peláez, Zoyla Rosa (2006). *La evaluación ética en la educación para el desarrollo humano*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Frías Osuna, Antonio (2002). *Salud pública y educación para la salud*. España: Masson.
- García Viveros, Mariano y Cerqueira, María Teresa (1993). *Participación Social y Educación para la Salud*. México: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ).
- García Viveros, Mariano (2004). *Salud Comunitaria y Promoción de la Salud*. México: Universidad de la Ciudad de México.
- Giraldo Osorio, Alexandra y cols. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables*. Recuperado de <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads>
- Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra (1998). Organización Mundial de la Salud.
- Grupos vulnerables en México (2013). Recuperado de [www.ptzacatecas.org.mx/.../grupos-vulnerables-en -mexico-migrantes-niños](http://www.ptzacatecas.org.mx/.../grupos-vulnerables-en-mexico-migrantes-niños)
- Heinz Hillman, Karl (2001). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. España. Herder.
- Laurel, Asa Cristina (1981). *La salud enfermedad como proceso social*. *Revista Latinoamericana de la Salud*. núm. 2 (1), pp. 7-25.

Laurel, Asa Cristina (2013). *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires, Argentina: CLASO-CROB. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/sesionesacad/asacristina/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Lesiones causadas por el tránsito (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/LesionesTransito.pdf>

Loewe, Ricardo (1995). *Panorama de la educación para la salud en México*. Serie materiales de apoyo, núm. 2. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Madison, Park. (2010, 02 de diciembre). *Trastornos alimenticios en niños*. Recuperada de <http://mexico.cnn.com/salud/2010/12/02/aumentan-los-desordenes-alimenticios-entre-los-ninos-y-los-adolescentes>

Mortalidad infantil INEGI (2004). Recuperada de www.inegi.org.mx

OMS/ *Estados Miembros de la OMS, por regiones*. Recuperada de http://www.who.int/countryfocus/country_offices/memberstatesbyregion/es

Organización Mundial de la Salud (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C: Publicación Científica (557), 3-5

OMS, Series de Informes Técnicos (1997). *Fomento de la Salud a través de la escuela*. España: OMS.

Ovalle Fernández, Ignacio coordinador (1998). *Necesidades esenciales en México. Salud*. México. Siglo Veintiuno Editores. Recuperada de <https://books.google.com.mx/books?isbn=9682311683>

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Recuperada de http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/conevyt/plan_desarrollo.pdf

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Recuperada de http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf

Programa de Educación Escolar ciclo 2010-2011

Programa Nacional de Educación 2001-2006. Recuperada de archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/.../3_educacion.htm

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Recuperada de http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf

Quinta Conferencia de Promoción de la Salud. Recuperada de http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/quinta_conferencia_mxico_2000.pdf

Restrepo Vélez, Ofelia. *Salud Comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía?* Recuperada de www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1_5.pdf

Rodríguez, Jorge J. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.* Washintong, D.C.: OPS.

Sarría Santamera, Antonio y (2014). *Promoción de la Salud en la comunidad,* Madrid: UNED.

Sociedad Mexicana de Higiene y Salud Escolar, A.C. (1982). *Reunión Nacional de Higiene Escolar.* México D.F.

Sóla Mendoza, Juan (1993), *Introducción a las Ciencias de la Salud*, México: Trillas.

Suárez Díaz, Reynaldo (1995). *La educación*. México: Trillas.

Terrón Bañuelos, Aida. *La higiene escolar: un campo de conocimientos disputado*.

Recuperada de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/81396.pdf

Vaughan, Patrick y H. Morrow, Richard (1997). *Salud Comunitaria manual de epidemiología para la gestión de sistemas locales de salud SILOS*. México. Editorial Pax México.

Vargas Campo, Francisco (2004). *Educación para la Salud*. México. Limusa Noriega.


Vega Franco, Leopoldo (2002). *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México: Manual Moderno.

Vega Franco, Leopoldo y García Manzanedo, Héctor (2001). *Bases esenciales de la salud pública*. México: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.

ANEXO 1

FORMATOS OFICIALES UTILIZADOS POR EL EQUIPO MEDICO EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR.

Figura 1. PSE-01 Formato registro de actividades de promoción de la salud.



Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
 Dirección de Promoción de la Salud
 Coordinación de Participación Social
 Subdirección de Participación Social
 PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

PSE-01 REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ TURNO: **M** **V** **C**


JURISDICCIÓN SANITARIA: _____ CLAVE: _____

NÚMERO DE GRUPOS POR GRADO:	1º	4º
	2º	5º
	3º	6º


NÚMERO MATRÍCULA	NÚMERO PROMOTORES DE LA SALUD		
	No	8to	6to

SESIONES EDUCATIVAS	FECHA DEL MES												TOTAL					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
EDUCACION PARA LA SALUD	INFECCIONES	Infección Respiratoria Aguda	Núm															
		Asis																
		Enfermedad Diarreica Aguda	Núm															
	Asis																	
	INUTRICION	Alimentación Correcta	Núm															
		Asis																
		Alimentos recomendables y manejo higiénico	Núm															
	Asis																	
	SALUD BUCAL	Núm																
		Asis																
	ADICCIONES	Alcoholismo	Núm															
		Asis																
Tabaquismo		Núm																
Asis																		
Drogas Sintéticas		Núm																
Asis																		
Sexualidad y/o Infecciones de transmisión sexual	Núm																	
Asis																		
CAPACITACION A PROMOTORES	Prevención de accidentes	Núm																
	Asis																	
	Cuidado del Medio Ambiente	Núm																
	Asis																	
	Educación vital	Núm																
	Asis																	
	Higiene personal	Núm																
Asis																		
TDH	Beneficios de la Actividad Física	Núm																
	Asis																	
	Otro tema	Núm																
	Asis																	
OTROS TEMAS	Capacitación a profesores	Núm																
	Asis																	
Capacitación a padres	Núm																	
Asis																		
OTROS TEMAS	Núm																	
Asis																		

Figura 3. PSE-03. Formato de relación de alumnos con posible Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.



Ciudad México
Capital del Bicentenario



Secretaría de Salud
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Dirección de Promoción de la Salud
Coordinación de Promoción a la Salud
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

**Relación de Alumnos con posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)
FORMATO PSE – 03**

JURISDICCIÓN SANITARIA: _____						Mes: _____	
NOMBRE DE LA ESCUELA: _____							
CLAVE: _____						TURNO: _____	

	NOMBRE DEL ALUMNO	EDAD	TDAH			GRUPO	CONNERS *	
			P	D	D/T		PROFESOR	PADRES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Nota: Anexar Cuestionario del Maestro por cada alumno que sea un probable caso de TDAH.
 P: Alumno con Posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
 D: Alumno con Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
 D/T: Alumno con Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
 * Marque con una X, si adjunta cuestionario Connors de Profesor y/o Padres.

RESPONSABLE DEL LLENADO: _____
Nombre y firma

Fecha de elaboración: _____

Figura 4. Formato de informe mensual de la unidad médica SIS-SS-CE- H

Sección I
 Hoja 11 de 28
 Secretaría de Salud

Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H

Número de la unidad: _____ CUBES: _____ Servicio: _____ Médico: _____
 Número de quien otorga la consulta: _____ Mes establecido: _____ Del _____ de _____ de _____ de _____ de _____

CIE-10	Caja	Servicio Origen													Total
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Especialidad de Pneumología		18010 Patología general													
		18020 Patología													
		18030 Patología													
		18040 Secundaria													
		18050 Diagnóstica													
Servicio de Neumología		18060 Patología general													
		18070 Patología													
		18080 Patología													
		18090 Secundaria													
		18100 Diagnóstica													
Servicio de Urología		18110 Patología general													
		18120 Patología													
		18130 Secundaria													
		18140 Diagnóstica													
Servicio de Fisiología		18150 Patología general													
		18160 Patología													
		18170 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18180 Diagnóstica													
		18190 Patología general													
		18200 Patología													
Servicio de Fisiología		18210 Secundaria													
		18220 Diagnóstica													
		18230 Patología general													
Servicio de Fisiología		18240 Patología													
		18250 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18260 Diagnóstica													
		18270 Patología general													
Servicio de Fisiología		18280 Patología													
		18290 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18300 Diagnóstica													
		18310 Patología general													
Servicio de Fisiología		18320 Patología													
		18330 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18340 Diagnóstica													
		18350 Patología general													
Servicio de Fisiología		18360 Patología													
		18370 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18380 Diagnóstica													
		18390 Patología general													
Servicio de Fisiología		18400 Patología													
		18410 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18420 Diagnóstica													
		18430 Patología general													
Servicio de Fisiología		18440 Patología													
		18450 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18460 Diagnóstica													
		18470 Patología general													
Servicio de Fisiología		18480 Patología													
		18490 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18500 Diagnóstica													
		18510 Patología general													
Servicio de Fisiología		18520 Patología													
		18530 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18540 Diagnóstica													
		18550 Patología general													
Servicio de Fisiología		18560 Patología													
		18570 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18580 Diagnóstica													
		18590 Patología general													
Servicio de Fisiología		18600 Patología													
		18610 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18620 Diagnóstica													
		18630 Patología general													
Servicio de Fisiología		18640 Patología													
		18650 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18660 Diagnóstica													
		18670 Patología general													
Servicio de Fisiología		18680 Patología													
		18690 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18700 Diagnóstica													
		18710 Patología general													
Servicio de Fisiología		18720 Patología													
		18730 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18740 Diagnóstica													
		18750 Patología general													
Servicio de Fisiología		18760 Patología													
		18770 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18780 Diagnóstica													
		18790 Patología general													
Servicio de Fisiología		18800 Patología													
		18810 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18820 Diagnóstica													
		18830 Patología general													
Servicio de Fisiología		18840 Patología													
		18850 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18860 Diagnóstica													
		18870 Patología general													
Servicio de Fisiología		18880 Patología													
		18890 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18900 Diagnóstica													
		18910 Patología general													
Servicio de Fisiología		18920 Patología													
		18930 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18940 Diagnóstica													
		18950 Patología general													
Servicio de Fisiología		18960 Patología													
		18970 Secundaria													
Servicio de Fisiología		18980 Diagnóstica													
		18990 Patología general													
Servicio de Fisiología		19000 Patología													
		19010 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19020 Diagnóstica													
		19030 Patología general													
Servicio de Fisiología		19040 Patología													
		19050 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19060 Diagnóstica													
		19070 Patología general													
Servicio de Fisiología		19080 Patología													
		19090 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19100 Diagnóstica													
		19110 Patología general													
Servicio de Fisiología		19120 Patología													
		19130 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19140 Diagnóstica													
		19150 Patología general													
Servicio de Fisiología		19160 Patología													
		19170 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19180 Diagnóstica													
		19190 Patología general													
Servicio de Fisiología		19200 Patología													
		19210 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19220 Diagnóstica													
		19230 Patología general													
Servicio de Fisiología		19240 Patología													
		19250 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19260 Diagnóstica													
		19270 Patología general													
Servicio de Fisiología		19280 Patología													
		19290 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19300 Diagnóstica													
		19310 Patología general													
Servicio de Fisiología		19320 Patología													
		19330 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19340 Diagnóstica													
		19350 Patología general													
Servicio de Fisiología		19360 Patología													
		19370 Secundaria													
Servicio de Fisiología		19380 Diagnóstica													
		19390 Patología general													
Servicio de Fisiología		19400 Patología													
		19410 Secundaria													
Servicio de Fisiología															

Figura 6. Formato de informe mensual de la unidad médica SIS-SS-CE-H

INFORME MENSUAL DE LA UNIDAD MEDICA SIS - SS - CE - H

SECCION: HOJA 20 DE 21

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLASE: _____ SERVICIO: _____

MAYOR DE NOMBRE Y APELLIDOS LA COMANDANTE: _____ MES EJECUTADO: _____

ACTIVIDAD	INDICADOR	CLASE	DESCRIPCION	UNIDADES EJECUTADAS	TOTAL
EVALUACION	EVALUACION DE RIESGO	0001	IDENTIFICACION DE RIESGO		
		0002	ANALISIS DE RIESGO		
		0003	PLAN DE RIESGO		
		0004	SEGUIMIENTO DE RIESGO		
		0005	REVISION DE RIESGO		
	EVALUACION DE CALIDAD	0006	IDENTIFICACION DE CALIDAD		
		0007	ANALISIS DE CALIDAD		
		0008	PLAN DE CALIDAD		
		0009	SEGUIMIENTO DE CALIDAD		
		0010	REVISION DE CALIDAD		
	EVALUACION DE EFICIENCIA	0011	IDENTIFICACION DE EFICIENCIA		
		0012	ANALISIS DE EFICIENCIA		
		0013	PLAN DE EFICIENCIA		
		0014	SEGUIMIENTO DE EFICIENCIA		
		0015	REVISION DE EFICIENCIA		
	EVALUACION DE ACCESIBILIDAD	0016	IDENTIFICACION DE ACCESIBILIDAD		
		0017	ANALISIS DE ACCESIBILIDAD		
		0018	PLAN DE ACCESIBILIDAD		
		0019	SEGUIMIENTO DE ACCESIBILIDAD		
		0020	REVISION DE ACCESIBILIDAD		
EVALUACION DE SATISFACCION	0021	IDENTIFICACION DE SATISFACCION			
	0022	ANALISIS DE SATISFACCION			
	0023	PLAN DE SATISFACCION			
	0024	SEGUIMIENTO DE SATISFACCION			
	0025	REVISION DE SATISFACCION			
EVALUACION DE SEGURIDAD	0026	IDENTIFICACION DE SEGURIDAD			
	0027	ANALISIS DE SEGURIDAD			
	0028	PLAN DE SEGURIDAD			
	0029	SEGUIMIENTO DE SEGURIDAD			
	0030	REVISION DE SEGURIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0031	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0032	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0033	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0034	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0035	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EQUIDAD	0036	IDENTIFICACION DE EQUIDAD			
	0037	ANALISIS DE EQUIDAD			
	0038	PLAN DE EQUIDAD			
	0039	SEGUIMIENTO DE EQUIDAD			
	0040	REVISION DE EQUIDAD			
EVALUACION DE SOSTENIBILIDAD	0041	IDENTIFICACION DE SOSTENIBILIDAD			
	0042	ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD			
	0043	PLAN DE SOSTENIBILIDAD			
	0044	SEGUIMIENTO DE SOSTENIBILIDAD			
	0045	REVISION DE SOSTENIBILIDAD			

ACTIVIDAD	INDICADOR	CLASE	DESCRIPCION	UNIDADES EJECUTADAS	TOTAL
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0001	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD		
		0002	ANALISIS DE EFECTIVIDAD		
		0003	PLAN DE EFECTIVIDAD		
		0004	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD		
		0005	REVISION DE EFECTIVIDAD		
	EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0006	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD		
		0007	ANALISIS DE EFECTIVIDAD		
		0008	PLAN DE EFECTIVIDAD		
		0009	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD		
		0010	REVISION DE EFECTIVIDAD		
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0011	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0012	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0013	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0014	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0015	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0016	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0017	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0018	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0019	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0020	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0021	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0022	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0023	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0024	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0025	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0026	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0027	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0028	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0029	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0030	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0031	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0032	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0033	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0034	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0035	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0036	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0037	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0038	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0039	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0040	REVISION DE EFECTIVIDAD			
EVALUACION DE EFECTIVIDAD	0041	IDENTIFICACION DE EFECTIVIDAD			
	0042	ANALISIS DE EFECTIVIDAD			
	0043	PLAN DE EFECTIVIDAD			
	0044	SEGUIMIENTO DE EFECTIVIDAD			
	0045	REVISION DE EFECTIVIDAD			

Figura 7. Hoja de autorización del padre de familia o tutor para la aplicación del cuestionario de evaluación del estado nutricional de la población escolar.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

El que suscribe: _____, solicita y autoriza al personal médico y paramédico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal para que me realicen los procedimientos necesarios que redunden en el beneficio de mi salud.

Y hago constar que:

- *He recibido información completa, adecuada y veraz. Con un lenguaje y terminología comprensibles. La información fue suficiente en cantidad y profundidad y me ha permitido comprender el alcance y las consecuencias que pueden tener las decisiones que se tomen.*
- *He comprendido la información que se me proporcionó.*
- *He decidido libremente que se me realicen los procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios. Sin haberme obligado a tomar alguna decisión rápidamente antes de haber comprendido adecuadamente la información.*
- *He proporcionado información verídica con respecto a mis datos personales y a mis antecedentes médicos.*

Se que puedo desistir en cualquier momento del o de los procedimientos que se me vayan a realizar. Y como resultado de ello no se me negarán en ningún momento, servicios médicos ni otros beneficios.

Nombre y firma del usuario
(Padre o Tutor)

Nombre y firma de un testigo

Ciudad de **vanguardia**

Tu salud nos mueve

Figura 8. Cuestionario de evaluación que se aplico a los padres de familia o tutores, sobre el estado nutricional de sus hijos o tutelados.



Evaluación del estado nutricional de la población escolar en primarias del DF (hogar)

Fecha de aplicación: ____/____/____

El objetivo del cuestionario es identificar la presencia o ausencia de factores de riesgo asociados al sobrepeso u obesidad. La información recabada es de carácter estrictamente **confidencial**, por lo que le pedimos por favor, que responda con la mayor precisión y sinceridad posible. De antemano, gracias por su colaboración.

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR

Instrucciones de llenado: Conteste el cuestionario con tinta azul o negra
 Utilice números arábigos (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), verificando que no se presente confusión.
 Marque con una "X" el recuadro de la opción seleccionada.

1. Identificación del plantel escolar

a) Nombre de la Escuela Primaria: _____ clave _____

b) Pública Privada
 Modalidad _____ Escriba número

2. Información del alumno

a) Nombre del alumno: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

b) Domicilio: _____
Calle No exterior No interior

Colonias: _____
Delegación o Municipio Código postal Teléfono

d) Fecha de nacimiento: ____/____/____
día mes año

e) Peso al nacer: _____ Kg

f) Sexo M F

c) Grado escolar: 1º 2º 3º
 4º 5º 6º
 Grupo: ____ Turno: M V

g) *Lactancia materna*
 ¿Amamantó a su hijo? 1 Sí → ¿Cuánto tiempo? _____ meses
 2 No

h) *Ablactación*
 ¿A partir de que edad empezó a alimentar al menor con comidas como: purés, papillas, etc.? _____ meses

Padre de Familia. **No llene este espacio**
 Medición a cargo del *Personal de Salud*.
 Peso: _____ kg
 Talla: _____ cm

i) Dentro de los primeros cinco años del menor, ¿Algún médico le diagnosticó ...

Bajo peso? 1 Sí 2 No Obesidad? 1 Sí 2 No Parásitos? 1 Sí 2 No Ninguna

j) ¿Cuántos días a la semana el menor **DESA YUNA** (ingiere algún alimento) en casa antes de ir a la escuela? _____ días (0 a 5)

k) ¿Cuántos días a la semana el menor lleva **REFRIGERIO (lunch)** a la escuela? _____ días (0 a 5)

l) ¿Le dan **DINERO** al menor para gastar en la escuela? 1 Sí → ¿Cuánto? \$ _____ pesos/diario
 2 No Pase a la preg. m)

2.1 DESAYUNO ESCOLAR DEL DIF

a) ¿Su hijo(a) recibe en el plantel, el desayuno escolar del DIF? 1 Sí Continúe con preg b)
 2 No Pase a la preg. 3 a)

b) ¿Cuántos días a la semana consume el desayuno escolar? _____ días (1 a 5)

3. Actividades y hábitos del alumno fuera de la escuela

a) ¿El menor practica algún deporte o actividad física con entrenador? 1 Sí Marque con X → 2 No (pase a la preg. 3 b)

¿Cuántos días? _____ x semana ¿Cuántas horas? _____ x día

Béisbol Gimnasia artística Fútbol Natación
 Voleibol Artes marciales Danza regional Ballet
 Saltos / lanzamientos (Atletismo) Fútbol Americano Ciclismo
 Carreras de distancia (Atletismo) Caminata (30 min) Box
 Otra: _____ Baloncesto

b) ¿El menor realiza actividades recreativas como: andar en bicicleta, patinar, saltar la cuerda, futbol, etc. por lo menos una hora al día? 1 Sí 2 No

c) ¿Cuántas horas al día le dedica el menor a ...

ver televisión? ¿Cuántos días? _____ x semana juegos de video? ¿Cuántos días? _____ x semana
 1 Sí ¿Cuántas horas? _____ x día 2 No ¿Cuántas horas? _____ x día

Internet? ¿Cuántos días? _____ x semana ¿Cuántas horas? _____ x día
 1 Sí 2 No

4. Información de los padres. Conformación de la familia

a) **ACTUALMENTE** ¿Cuántos miembros son en su familia - **que vivan bajo el mismo techo** -? (incluyendo al menor) _____ número

Identifique con "X" a los integrantes de su familia

- Madre Hijo(a) único(a) Hermanos
 Padre Abuelo(s)
 Tutor(a) Otro(s) pariente(s)

Si marcó "X" hermanos, por favor conteste las sig. preg.
 ¿Cuántos hermanos son (incluyendo al menor)? _____ número
 ¿Qué lugar ocupa el niño(a)? (de mayor a menor) _____ número

5. Nivel de estudios de los padres. Considerando la conformación ACTUAL de su familia.

Por favor seleccione en el cuadro de Escolaridad del nivel máximo de estudio alcanzado por el Padre (tutor) y la Madre (tutora), enseguida marque con "X" si la escolaridad es completa o no (solo si "No fue a la escuela" pase a la siguiente pregunta)

a) Escolaridad del **Padre** o tutor

1 No fue a la escuela	4 Bachillerato
2 Primaria	5 Licenciatura
3 Secundaria	6 Posgrado
¿Completa? 1 Sí 2 No	

b) Escolaridad de la **Madre** o tutora

1 No fue a la escuela	4 Bachillerato
2 Primaria	5 Licenciatura
3 Secundaria	6 Posgrado
¿Completa? 1 Sí 2 No	

6. Características de la salud de los padres. Considerando la conformación ACTUAL de su familia.

¿El **padre o madre** tiene derecho a algún servicio médico?

- 1 Sí → ¿Cuál? → Marque con "X"
 2 No (pase a la sig. preg.)
- 1 IMSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEDENA 5 SEMAR
 6 Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (GRATUIDAD) 7 Seguro Popular 9 Otro (especifique)

¿El **padre (o tutor)** del menor realiza alguna actividad física para mantenerse en forma?

- 1 Sí → 1 Correr o caminar 2 Gimnasio 3 Otra _____ Especifique
 2 No ¿Cuántos días? _____ ¿Cuántas horas? _____
Días/semana Horas/día

¿La **madre (o tutora)** del menor realiza alguna actividad física para mantenerse en forma?

- 1 Sí → 1 Correr o caminar 2 Gimnasio 3 Otra _____ Especifique
 2 No ¿Cuántos días? _____ ¿Cuántas horas? _____
Días/semana Horas/día

Algún médico le ha diagnosticado ...	Sobrepeso	Obesidad	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Diabetes durante el embarazo
Al padre del menor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No aplica en hombres
A la madre del menor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
A algún hermano(a) del menor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. Actividad laboral de los padres y premiación a hijo(os). Considerando la conformación ACTUAL de su familia.

Marque con "X" el turno de trabajo
 Matutino Vespertino Nocturno

- a) ¿Cuántos días a la semana trabaja el **PADRE**? _____ días ¿Cuántas horas al día dedica a su trabajo? _____ horas Matutino Vespertino Nocturno
- b) ¿Cuántos días a la semana trabaja la **MADRE**? _____ días ¿Cuántas horas al día dedica a su trabajo? _____ horas Matutino Vespertino Nocturno
- c) ¿Alguno de los dos se dedica al HOGAR *exclusivamente*? 2 No 1 Sí → Identifique quien: 1 Padre 2 Madre

d) Ante una situación de éxito o de buen comportamiento. ¿Usted acostumbra premiar a su hijo(a)?
 Marque con "X" la forma de premiar. Puede marcar más de uno

Dinero Dulces y/o golosinas Permisos
 Juguetes Comida (pizza, hamburguesa, pollo frito, etc.) Otro _____

No Pase al apartado 8
 Sí Por favor, indique con "X" el tipo de premio

Ciudad de **vanguardia**

Tu salud nos mueve

El Plato del Bien Comer

VERDURAS:
acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, huauzontles, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, chile poblano, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga, etc.

FRUTAS:
guayaba, papaya, melón, toronja, lima, naranja, mandarina, sandía, plátano, zapote, ciruela, pera, manzana, fresa, chicozapote, mango, mamey, chabacano, uvas, etc.

CEREALES:
maíz, trigo, avena, centeno, cebada, amaranto, arroz, etc.
Productos derivados:
todo tipo de tortilla, cereales industrializados, todo tipo de pan, galletas, harinas, pastas (sopas), etc.
Tubérculos:
papa, camote, yuca etc.

LEGUMINOSAS:
frijol, haba, lenteja, garbanzo, arveja, alubia, soya, etc.
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL:
leche, quesos, yogurt, embutidos, huevo, pescado, mariscos, pollo, carnes rojas, vísceras, etc.

8. Composición de la dieta del MENOR. En una semana (7 días, lunes a domingo) habitual o común para el MENOR.
 Del grupo de alimentos de "El plato del bien comer", por favor **registre** el **NÚMERO DE DÍAS DE LA SEMANA** que los incluyó en el desayuno, comida, cena o merienda del **MENOR**. Ejemplo: Ningún día, escriba Número de días: 0 ; Diario, escriba Número de días: 7 ; o escriba el Número de días que los incluyó:

TIPO DE ALIMENTO / HORA DE ALIMENTO	VERDURAS	FRUTAS	CEREALES <small>Tortilla, pan, sopas, galletas, harinas, arroz, avena, maíz, trigo, cebada, amaranto, etc.</small>	LEGUMINOSAS <small>Frijol, haba, lenteja, soya, garbanzo, arveja, alubia, etc.</small>	ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL <small>Carnes, leche, queso, huevo, embutidos, yogurt, pescado, mariscos, pollo, vísceras, etc.</small>
¿Con qué frecuencia lo consume en el DESAYUNO ?	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
¿Con qué frecuencia lo consume en la COMIDA ?	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
¿Con qué frecuencia lo consume en la CENA / MERIENDA ?	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Número de días: (0 a 7) <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

9. Composición de la DIETA LÍQUIDA del MENOR

En un día habitual o común para el menor. Identifique el consumo de líquidos que realiza su hijo(a) durante el desayuno, comida y merienda/cena.



=

Aproximadamente
igual a

≈ 250 ml = ¼ litro

LÍQUIDO que consume el menor	durante el DESAYUNO ?	¿Cuántos vasos o tazas?	durante la COMIDA ?	¿Cuántos vasos o tazas?	durante la MERIENDA/CENA ?	¿Cuántos vasos o tazas?
Leche entera	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Leche semi o descremada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Jugos de frutas (zanahoria, naranja, etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Refresco / Agua de sabor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Agua de fruta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Agua natural	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Bebidas light	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas
Café o té	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número de vasos/tazas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <small>Escriba el</small> →	Número vasos/tazas

a) ¿Acostumbra agregar azúcar o endulzar las bebidas que consume el niño(a)? 1 Sí 2 No

10. Hábitos de consumo y preparación de alimentos para la familia.

a) ¿Acostumbra colocar salero en la mesa? 1 Sí 2 No

b) Al menos una persona de los integrantes de su familia.

¿Acostumbra agregar sala a la comida antes de probarla? 1 Sí 2 No

c) ¿Qué utiliza para endulzar sus bebidas o alimentos? (puede marcar más de una opción)

Azúcar Miel Sustituto de azúcar

i) Si contestó azúcar X

¿Qué cantidad de azúcar consume (aproximadamente) su familia en una semana?

Menos de 1 kg Hasta 1 kg Entre 1-2 kg Más de 2 kg

d) ¿Qué utiliza para cocinar sus alimentos? (puede marcar más de una opción)

Aceite

Manteca

i) Si contestó aceite X

¿Qué cantidad de aceite consume (aprox.) para cocinar en una semana?

Menos de 1 litro Hasta 1 litro
 Entre 1-2 litros Más de 2 litros

i) Si contestó manteca X

¿Qué cantidad de manteca consume (aprox.) para cocinar en una semana?

Menos de 1 kg Hasta 1 kg
 Entre 1-2 kg Más de 2 kg

Gracias por su participación

ANEXO 2

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS ASIGNADAS



Figura 9. Padres de familia y tutores respondiendo el cuestionario de evaluación del estado nutricional de los escolares.



Figura 10. Exposición de maquetas de los grupos de 2° y 3° grado Escuela Marie Curie Sklodowska. Tema: Deporte y Salud.



Figura 11. Periódico Mural de los grupos de 3° grado Escuela Marie Curie Sklodowska.
Tema: Enfermedades Diarreicas Agudas Severas (EDAS).



Figura 12. Exposición de juguetes hechos con material de rehusó.

ANEXO 3

ELABORACION DE MATERIALES DIDACTICOS Y EXPOSICION DE TEMAS



Figura 13. Niños promotores de 4° grado mostrando material didáctico de apoyo para aplicar de las sesiones educativas de salud.



Figura 14. Niños promotores de 5° año exponiendo el tema de nutrición al grupo de 3° grado.



Figura 15. Elaboración de material didáctico (dados, monedas y triángulo de sorpresas) como apoyo para la aplicación de los temas de salud.



Figura 16. Elaboración de tarjetas para el tema de la autoestima